



LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Lahti University of Applied Sciences

TUKEA ITSENÄISEEN SELVIITYMISEEN AVH-RYHMÄSTÄ

Kokemuksia aivoverenkiertohäiriön sairastaneiden
voimaannuttavasta ryhmästä ja sen vaikutuksista toimintakykyyn

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Fysioterapian koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Kevät 2014
Anna-Emilia Mäkipää

Lahden ammattikorkeakoulu
Fysioterapian koulutusohjelma

MÄKIPÄÄ, ANNA-EMILIA:

Tukea itsenäiseen selviytymiseen AVH-ryhmästä
- Kokemuksia aivoverenkiertohäiriön sairastaneiden voimaannuttavasta ryhmästä ja sen vaikutuksista toimintakykyyn

Fysioterapian opinnäytetyö

49 sivua, 10 liitesivua

Kevät 2014

TIIVISTELMÄ

Aivoverenkiertohäiriön (AVH) sairastaneiden voimaannuttava ryhmä järjestettiin ja toteutettiin vuonna 2012 moniammatillisesti Lahden perusterveydenhuollon lääkinnällisen kuntoutuksen Neuron-hankkeen yhtenä osatehtävänä. Moniammatillisesti toteutetun pilottiryhmän tavoitteena oli antaa sairaalasta jo kotiutuneille AVH-kuntoutujille itsenäisyyttä tukevia tietoja ja taitoja sekä vertaistukea.

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa toimeksiantajalle tietoa, jonka perusteella voidaan asiakaslähtöisesti kehittää Lahden kaupungin lääkinnällisen kuntoutuksen AVH-kuntoutusta sekä ryhmätoimintaa. Opinnäytetyön tavoite on kartoittaa AVH-ryhmän osallistujien kokemuksia ryhmätoiminnasta sekä sen hyödyllisyydestä omalle toimintakyvyllään.

Opinnäytetyöraportin teoriaosuus käsittelee lähdemateriaaleihin perustuen aivoverenkiertohäiriön etiologiaa, epidemiologiaa sekä kansantaloudellista merkitystä. Lisäksi käsitellään sairastumisen vaikutuksia toimintakykyyn ja vaikuttavan AVH-kuntoutuksen edellytyksiä.

Tutkimusmenetelminä opinnäytetyössä käytetään puolistrukturoitua haastattelua, soveltaen toteutettua FIM- mittaria (Functional Independence Measure) sekä havainnointia. Analyyseistä saatu tieto yhdistetään johtopäätöksiä tehdessä. Kehitysehdotuksien luontiin ovat vaikuttaneet tutkimusanalyysistä saadun tiedon lisäksi opinnäytetyön teoriaosuuden aineistosta nousevat asiat.

Tulokset osoittivat, että kuntoutujat kokivat saaneensa ryhmästä sosiaalista tukea sekä toimintakyvyllään hyödyllisiä tietoja ja taitoja. Itsevarmuus lisääntyi, mieliala parani ja itsenäinen selviytyminen arjessa koheni. Lisäksi tavoitteen mukaisesti saatiin tietoa osallistujien kokemuksista ryhmän toteutuksen suhteen. Toimeksiantaja saa opinnäytetyöstä tietoa, jota voidaan hyödyntää AVH-kuntoutuksen kehittämistyössä.

Asiasanat: aivoverenkiertohäiriö, sosiaalinen tuki, toimintakyky, AVH-kuntoutus, voimaantuminen

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in Physiotherapy

MÄKIPÄÄ, ANNA-EMILIA:

Support for independent everyday life
from the stroke group
- Experiences of the empowering stroke
group and its effects for functionality

Bachelor's Thesis in Physiotherapy

49 pages, 10 pages of
appendices

Spring 2014

ABSTRACT

Empowering stroke focus group was organized and carried out in 2012 as a part of the city of Lahti multidisciplinary primary care medical rehabilitation project Neuron. The goal of the multidisciplinary pilot group was to give peer support and know-how to assist the independency of those discharged from hospital care.

The purpose of the thesis is to provide information to the client to further develop customer oriented stroke rehabilitation at the city of Lahti Medical Rehabilitation and its group activities. The target of the thesis is to map the focus group's personal experiences from participation and usefulness to individual ability to function.

The theoretical part of the thesis addresses source material based on stroke etiology, epidemiology and the effect on national economy. In addition the thesis addresses post-stroke effects on individual ability to function and prerequisites for effective stroke rehabilitation.

Research methodologies used were semi-structured interviews with application of FIM metrics (Functional Independence Measure), as well as observation. The data gathered from the analysis are combined upon conclusions. The suggestions for further development are based on the data gathered from the analysis, along with the theoretical findings from source material.

The results showed that the patients in the rehabilitation group felt that they had received social support and useful information and skills for their functional capacity. Confidence increased, their mood improved and self-survival in everyday life was enhanced. The study also provided details about the participants' experiences regarding the group and its activities. The commissioner of this thesis gets information that can be used for development work in stroke rehabilitation.

Key words: stroke, social support, functional capacity, stroke rehabilitation, empowerment

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	TERMI- JA KÄSITELUETTELO	4
3	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS	7
3.1	Aiheen valinta	7
3.2	Neuron tiimi	7
3.3	Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus	8
4	AIVOVERENKIERTOHAIRIÖ JA SEN KUNTOUTUS	9
4.1	Aivoverenkiertohäiriö	9
4.2	Esiintyvyys ja hoitokustannukset	11
4.3	Aivoverenkiertohäiriön vaikutukset toimintakykyyn	13
4.4	AVH- kuntoutuksen vaikuttavuus	14
5	TUTKIMUSMENETELMÄT JA AINEISTO	20
5.1	Tutkimusmenetelmät	20
5.2	Kohderyhmä	20
5.3	Voimaannuttava AVH-ryhmä	20
5.4	Aineiston keruu	21
5.4.1	FIM (Functional Independence Measure)	22
5.4.2	Puolistrukturoitu haastattelu	24
5.4.3	Havainnointi	25
6	ANALYSOINNIN KUVAUS JA TULOKSET	26
6.1	FIM-analysointi	26
6.1.1	FIM-tulokset	26
6.2	Puolistrukturoidun haastattelun analysointi	28
6.2.1	Puolistrukturoidun haastattelun tulokset	29
6.3	Havainnoinnin analysointi	34
6.3.1	Havainnoinnin tulokset	34
7	JOHTOPÄÄTÖKSET	35
8	JATKOKEHITYSIDEAT	37
9	POHDINTA	39
9.1	Luotettavuus, eettisyys	40
9.2	Opinnäytetyö oppimisprosessina	42

9.3	Aikataulu ja toteutus	43
	LÄHTEET	45
	LIITTEET	50

1 JOHDANTO

Aivoverenkiertohäiriöt (AVH) aiheuttavat sairastuneelle usein eriasteisia ja erilaisia neurologisia häiriöitä riippuen vamman laajuudesta ja sijainnista (Kaste, Hernesniemi, Kotila, Lepäntalo, Lindsberg, Palomäki, Roine, Sivenius 2007, 327). Erilaisten oireiden myötä itsenäinen selviytyminen päivittäisistä toimista voi muuttua haastavaksi. Sosiaalinen piiri pienenee, sosiaalinen kanssakäyminen ja osallistuminen työelämään, harrastuksiin ja lähiyhteisön toimintaan voi vähentyä ja suurin osa sairastuneista kokeekin elämänlaadun heikenevän. (Graven, Brock, Hill, Ames, Cotton & Joubert 2011; Talvitie, Ahola, Sihvonen, Taivassalo, Turunen & Urho 1996.)

Pääkäsitteenä opinnäytetyössä onkin toimintakyky, jolla tarkoitetaan henkilön selviytymistä jokapäiväisistä toiminnoistaan omassa elinympäristössään. Toimintakyvyn ulottuvuuksia ovat fyysinen, kognitiivinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky. Toimintakykyä arvioidessa tulee huomioida sen muuttuvat tekijät kuten sairauden vaihe, kriisit, ympäristö, toiveet tai asenteet. Ne vaikuttavat yksilön kokemaan toimintakykyyn joten avun tarve, sekä kuntoutumista tukevat palvelut tulisikin määritellä ja toteuttaa joustavasti tarpeen mukaan. (STAKES 2009; Sosiaaliportti.fi. 2013.)

Hyvän kuntoutuskäytännön mukaisesti vaikuttava AVH-kuntoutus on moniammatillista, suunnitelmallista, nyky-ympäristön huomioivaa ja katkeamatonta ja terapia ja ohjaus tulisi kohdistaa arjen tilanteisiin. Moniammatillisuudella tarkoitetaan toimintaa, jossa eri ammattiryhmien edustajat suunnittelevat ja toteuttavat kuntoutustyön yhdessä. (Paltamaa, Karhula, Suomela-Markkanen & Autti-Rämö 2011.) Terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportin (193/2009) perusteella kuitenkin tarpeeseen nähden liian vähäistä ja tästä syystä tutkitusti laitoskuntoutusjaksoja vaikuttavampi, perusterveydenhuollon järjestämä moniammatillinen, kuntoutujan lähipiirissä toteutettu terapia ei usein toteudu. Riskikohtia AVH-kuntoutujan hoitoketjussa voivat olla kuntoutuksen järjestämisen vastuun siirtyminen tai elämäntilanteiden muutokset ja siirtymävaiheet (Paltamaa ym.2011).

Aivoverenkiertohäiriöt ovat pääasiallisesti ikääntymiseen liittyvän etiologiansa takia väestön ikärakenteen muuttumisen myötä ajankohtainen ja kansantaloudellisesti tärkeä sairausryhmä (Aivoinfarkti 2011). Vuosittain yli 14 000 henkilöä sairastuu Suomessa aivoverenkiertohäiriöön (Aivoinfarkti 2011) ja jo pelkästään Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin alueella oli Perfect-Aivohalvausraportin (2009) mukaan vuonna 2009 kaikenikäisiä AVH-potilaita 976 kappaletta. Lahden kaupunginsairaalassa vaativan neurologisen kuntoutuksen osastolla hoidettiin viimeisimmän toimintakertomuksen mukaan vuonna 2012 yhteensä 115:sta subakuutin vaiheen AVH-potilasta. Hoitoajat osastolla olivat pidentyneet tasaisesti viimeisinä vuosina kuntoutukseen ohjautuneiden potilaiden ollessa aiempaa heikompikuntoisia ja vain n. 70% potilaista kuntoutui toimintakyvyltään kotiutumiskuntoisiksi. Neurologisen kuntoutusosaston uudeksi tavoitteeksi määriteltiin kuntoutuksen kehittäminen ja tehostaminen kotiutumisprosentin parantamiseksi ja hoitoaikojen lyhentämiseksi. (Luttinen 2012.)

Samana vuonna 2012 Lahden kaupungin lääkinnällisessä kuntoutuksessa polkaistiin käyntiin ”Neuron hanke”, joka pyrki kehittämään suunnitelmallisia, tarvelähtöisiä ja terveyshyötyjä tuottavia palveluita neurologisille kuntoutujille. Hankkeen yhtenä osatehtävänä oli moniammatillisen Voimaannuttavan aivoverenkiertohäiriön sairastaneiden pilottiryhmän toteutus. Pilottiryhmän tavoitteena oli antaa sairaalasta jo kotiutuneille AVH-kuntoutujille itsenäisyyttä tukevia tietoja ja taitoja, vertaistukea ja mahdollisuus jakaa kokemuksia. (Heinonen 2012.) Vertaistuellla tarkoitetaan suunniteltua toimintaa, jossa samanlaisen kokemuksen kokeneet henkilöt auttavat vuorovaikutteisesti toisiaan asiantuntijan ohjauksessa (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim & Suomen akatemia 2008, 3.2). Neuron hankkeen päätyttyä on sen perusteella neurologista kuntoutusta Lahden perusterveydenhuollossa kehitetty edelleen, ja esimerkiksi pilottiryhmää vastaavaa moniammatillista AVH-ryhmätoimintaa on jatkettu.

Tämä opinnäytetyö toteutti pilottiryhmän tavoitteiden toteutumisen seuraamisen. Ryhmäläisten kokemuksia seurattiin opinnäytetyössä kolmen ja kuuden kuukauden kuluttua ryhmän päättymisestä haastattelumenetelmin. Opinnäytetyön tarkoitus on tuottaa toimeksiantajalle tietoa, jonka perusteella voidaan kehittää AVH-kuntoutusta sekä ryhmätoimintaa. Opinnäytetyön hypoteesina on, että

ammattilaiset ajattelevat ryhmämuotoisen toiminnallisen kuntoutuksen tukevan AVH-kuntoutujan itsenäistä toimintakykyä.

Opinnäytetyön teoriapohja on rajattu käsittelemään lyhyesti aivoverenkiertohäiriötä, sen vaikutuksia sairastuneen toimintakykyyn ja AVH-kuntoutusta fysio- ja vähäisessä määrin toimintaterapian näkökulmasta. Tutkimuksessa analysoidaan pilottiryhmään osallistuneiden kokemuksia toimintakyvystään sekä ryhmän toteutuksesta. Johtopäätösten ja teorian tiedon perusteella syntyneet kehitysehdotukset esitellään työssä.

2 TERMI- JA KÄSITELUETTELO

Termi	Määritelmä
A.carotis interna	Sisempi aivovaltimo
A.cerebri media	Keskimmäinen aivovaltimo
ADL-toiminnot	(Activities of Daily Living) Päivittäiset perustoiminnot
Aivohalvaus	(stroke) Yleisnimitys aivokudoksen verettömyydestä tai verenvuodosta johtuvalle aivotoimintojen häiriölle.
Aivoinfarkti	(infarctus cerebri, brain infarct) Vaillinaisen tai puuttuvan verenvirtauksen aiheuttama aivokudoksen pysyvä vaurio
Aivoverisuonianeurysma	Aivoverisuonen pullistuma
Aterotromboottinen tai sydänperäinen embolisaatio	Valtimorasvoittuman kohdalle syntyvästä- tai sydämen sisäisestä verihyytymästä kulkeutuva tukos
AVH	Aivoverenkiertohäiriö. Yleisnimitys neurologisia oireita aiheuttavalle aivoverisuonien tai aivojen verenkierron sairaudelle.
AVH-kuntoutus	Kuntoutuksella pyritään kohentamaan aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen ihmisen toimintakykyä, itsenäistä selviytymistä, hyvinvointia sekä osallistumismahdollisuuksia
FIM-mittari	(Functional Independence Measure) Toimintakyvyn ja avuntarpeen mittari
Hemipareesi tai -plegiaoire	Toispuolihalvausoire
IADL-toiminnot	(Instrumental Activities of Daily Living) Välineelliset eli monimutkaisemmat toiminnot jotka liittyvät asumiseen tai vapaa-aikaan
ICD-10-luokitus	(International Classification of Diseases, Tenth Revision) Maailman terveysjärjestö WHO:n kansainvälinen tautiluokitus

ICF-luokitus	(International Classification of Functioning, Disability and Health) Maailman terveysjärjestö WHO:n toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus, jolla kuvataan sovitussa viitekehyksessä toiminnallista terveydentilaa lääketieteellisestä sekä sosiaalisesta näkökulmasta
ICH	(Intracerebral Hemorrhage) Aivojen sisälle aivoaineeseen tapahtunut aivoverenvuoto
Kaulavaltimoiden dissektioituma	Kaulavaltimon seinämän sisäinen verenpurkauma
Kollateraalikierto	Vaihtoehtoisen verisuonen kautta kulkeva verenkierto
Kuntoutuksen vaikuttavuus	Toiminnan tavoitteen mukaisten tulosten saavuttamista
Moniammatillisuus	Eri alojen ammattilaisten yhteistyö kuntoutujan asioissa. Opinnäytetyössä käsitellään toiminta- sekä fysioterapeuttien yhteistyötä AVH-kuntoutuksessa
Neglect-oire	Vastakkaisen kehopuoliskon ja havaintokentän huomiotta jättö
Neuron hanke	Lahden kaupungin lääkinnällisen kuntoutuksen neurologisen kuntoutuksen kehittämishanke vuonna 2012
Neuron tiimi	Lahden kaupungin lääkinnällisen kuntoutuksen neurologisia asiakkaita hoitava fysio- sekä toimintaterapeuteista koostuva työryhmä
Neuroplastisuus	Aivojen uudelleen muokkautuvuus
Protromboottinen tukos	Perinnöllinen verisuonitukos
SAV	(Subarachnoidal Hemorrhage) Lukinkalvon alainen aivoverenvuoto
Sosiaalinen tuki	Tuottajien mukaan jaoteltuna tarkoittaa sekä ammattilaisten, että vertaisten antamaa tukea (Hokkanen 1999)
TIA-kohtaus	(Transient Ischemic Attac) Aivoinfarkti, jonka oireet häviävät vuorokaudessa

Toimintakyky	Yksilön valmius selvittää jokapäiväisestä arjestaan elämäntilanteen, sekä sen asettamien vaatimusten kannalta.
Vertaistuki	Suunniteltua toimintaa, jossa samanlaisen kokemuksen kokeneet henkilöt auttavat vuorovaikutteisesti toisiaan asiantuntijan ohjauksessa. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim & Suomen Akatemia 2008, 3.2)
Voimaantuminen	Synonyymi sanoille sisäinen voiman tunne tai empowerment. Voimaantumisella käsitetään ihmisen voimavarojen kasvua ja itsenäisyyttä tukevaa prosessia. Siihen sisältyy toisiinsa kytkeytyen vapauden, vastuun, arvostuksen, luottamuksen, toimintaympäristön, yhteisön, ilmapiirin ja myönteisyyden kokemukset. (Siitonen 1999, 61)

3 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

3.1 Aiheen valinta

Opinnäytetyön aihe on työelämälähtöinen ja täydentää toimeksiantajan neurologisen kuntoutuksen kehittämishanketta, joka käynnistettiin vuonna 2012. Kuntoutuksen konsensuslausumassa (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim & Suomen Akatemia 2008, 5.3) korostetaan uusien, innovatiivisten kuntoutusmenetelmien kehittämisen tärkeyttä, arviointia ja tutkimuksen tarpeellisuutta neurologisen kuntoutuksen kehittämiseksi. Eräitä suositeltavia kehityskohteita ovat sosiaalisen osallisuuden parantaminen ja yksinäisyyden voittaminen ryhmätoimintaa tai vertaistukea hyödyntäen sekä terapeuttisten harjoitteiden vaikutusten siirtäminen kotiympäristöön ja kuntoutujan motivointi.

3.2 Neuron tiimi

Opinnäytetyön toimeksiantaja on Lahden kaupungin lääkinnällisen kuntoutuksen Neuron tiimi. Tiimi koostuu Lahden kaupungin neurologisia asiakkaita hoitavista lääkinnällisen kuntoutuksen työntekijöistä; neljä fysioterapeuttia ja kaksi toimintaterapeuttia Lahden kaupunginsairaalan neurologiselta kuntoutusosastolta L51, sekä polikliinisen neurologisen fysioterapian kaksi fysioterapeuttia. Lääkinnällisen kuntoutuksen sisäisenä kehittämishankkeena järjestettiin Neuron-hanke vuonna 2012. Hankkeen vetäjänä toimi osaston L51 fysioterapeutti Kati Heinonen. Hankkeen tavoitteena oli luoda Päijät-Hämeeseen tasa-arvoinen, yhteneväinen neurologisten asiakkaiden kuntoutusmalli kehittämällä suunnitelmallisia, tarpeenmukaisia ja terveyshyötyä tuottavia palveluja. Hankkeessa pyrittiin asiakkaan aiempaa aktiivisempaan osallistamiseen oman hoitonsa suunnittelun ja toteutuksen suhteen. Konkreettisia osatehtäviä hankkeessa tavoitteen saavuttamiseksi olivat terapiakriteerien luominen, asiakkaiden kategoriointi ja sen mukaiset hoitopolut, omahoito-ohjeiden kerääminen ja luominen, ryhmien suunnittelu sekä yhteistyön kehittäminen. (Heinonen 2012.)

Neuron hankkeen yksi osa-alue oli suunnitella ja toteuttaa moniammatillisesti pilottiryhmä ”Voimaannuttava aivoverenkiertohäiriön sairastaneiden ryhmä”.

Ryhmä pyrkii antamaan osallistujalle itsenäisyyttä tukevia taitoja ja tietoa, vertaistukea ja mahdollisuuden jakaa kokemuksia. Ryhmän tavoitteena oli myös selvittää tiimille ja organisaatiolle saadaanko tässä kuntoutuksen vaiheessa järjestettävällä ryhmällä arvioitua aiempaa paremmin jatkofysio- sekä toimintaterapian tarve ja siirtyvätkö ryhmässä opitut taidot arkeen. Yhtenä tavoitteena oli myös henkilöstöresurssien järkevä jakaminen ja työpaineen vähentäminen. (Heinonen 2012.)

3.3 Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa Lahden kaupungin lääkinnälliselle kuntoutukselle raportti Voimaannuttavan avh-ryhmän ryhmäläisten kokemuksista ryhmätoiminnasta ja sen hyödyllisyydestä omalle toimintakyvyllään.

Opinnäytetyö toimii kirjallisena raporttina, mutta sen lisäksi opinnäytetyön tekijä esittelee aineiston analysoinnin tulokset, johtopäätökset sekä kehitysehdotukset tiivistetysti powerpoint-esityksellä Neuron tiimille (liite 5).

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa toimeksiantajalle tietoa, jonka perusteella voidaan kehittää Lahden kaupungin lääkinnällisen kuntoutuksen avh-kuntoutusta sekä ryhmätoimintaa.

Tutkimusongelmia opinnäytetyössä ovat:

- Siirtyvätkö ryhmässä opitut taidot kuntoutujan arkeen?
- Muuttuiko kuntoutujan toimintakyky paremmaksi ryhmässä opittujen taitojen myötä?
- Miten kuntoutuja koki ryhmän?
- Miten ryhmää tulisi jatkossa muokata vastaamaan kuntoutujan tarpeita?

4 AIVOVERENKIERTOHAIRIÖ JA SEN KUNTOUTUS

4.1 Aivoverenkiertohäiriö

Aivoverenkiertohäiriö tarkoittaa neurologisia oireita aiheuttavaa sairautta, joka vaikuttaa aivoverisuoniin, aivojen verenkiertoon tai molempiin.

Aivohalvaus (stroke) on kliininen yleisnimitys samankaltaisia oireita aiheuttaville aivotoimintojen häiriöille, jotka johtuvat joko iskemiasta, eli paikallisesta aivokudoksen verettömyydestä tai hemorragiasta eli aivovaltimon verenvuodosta. Aivojen iskemia tai hemorragia aiheuttavat kumpikin aivojen kudostuhoa ja molemmat saavat aikaan nopeasti pysyviä vaurioita aivoissa. Aivoinfarkti (infarctus cerebri, brain infarct) tarkoittaa vaillinaisen tai puuttuvan verenvirtauksen aiheuttamaa iskemiasta johtuvaa aivokudoksen pysyvää vauriota. Aivoinfarktin syynä on joko aterotromboottinen tukos, eli aivovaltimon seinämässä olevan rasvoittuman kohdalle syntyvä verihyytymä tai embolisaatio eli hyytymä, joka on kulkeutunut muualta elimistöstä aivovaltimeen aiheuttaen tukoksen. Oireiden hävitessä vuorokaudessa iskeemistä kohtausta kutsutaan TIA-kohtaukseksi (transient ischemic attack). Aivovaltimoiden verenvuodot ryhmitellään aivojen sisään aivoaineeseen tapahtuneeseen verenvuotoon (ICH eli intracerebral hemorrhage) ja lukinkalvon alaiseen verenvuotoon (SAV eli subarachnoidal hemorrhage). (Aivoinfarkti 2011; Kaste ym.2007, 271, 272, 296, 316.)

Opinnäytetyössä AVH- kuntoutujalla käsitetään kansainvälisen tautiluokituksen ICD-10 ryhmiä 160-169. ICD-10 tautiluokituksen mukaiset lyhenteet aivoverenkiertohäiriöille esitetään kuviossa 1 (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2013a).

Ryhmä	Selite	ICD-10
SAV	Lukinkalvonalainen verenvuoto	160
ICH	Aivoverenvuoto	161
INF	Aivoinfarkti	163
MUU	Muu AVH	162, 164-168
SEQ	AVH:n myöhäisvaikutus	169
TIA	Ohimenevä AVH	G45

KUVIO 1. ICD- tautiluokitus

Valtaosa aivoverenkiertohäiriöistä johtuu aivoinfarktista. Yleisimmät infarktialueet aivoissa ovat a.cerebri median (keskimmäinen aivovaltimo) ja a.carotis internan (sisempi kaulavaltimo) suonitusalueet. Aivoverenvuoto ja lukinkalvonalainen verenvuoto (SAV) aiheutuvat yleensä aivoverisuonianeurysman (pullistuman) puhkeamisesta. Aivokudoksen vaurion laajuus ja vammojen vaikeusaste määräytyvät vahingoittuneesta verisuonesta, vamma-alueen laajuudesta, hapenpuutteesta ja energiatasapainoon liittyvistä muutoksista. Myös koko aivoston verenkierron tila ja kollateraalikierron (vaihtoehtoinen verisuoni) tehokkuus vaikuttavat vamman asteeseen. AVH:sta aiheutuvat oireet ovat aluksi vaikeimmat, koska aivoissa tapahtuneen tuhon lisäksi toimintakykyyn vaikuttaa aivojen turvotus sekä vauriota laajemmat aivoaineenvaihdunnan häiriöt. (Talvitie ym. 1996, 2.1.)

Aivoinfarktin etiologia on ikäsidonainen. Iäkkäillä potilailla aivoinfarktin aiheuttaja on yleensä aterotromboottinen tai sydänperäinen embolisaatio (sydämen sisäisestä verihyytymästä kulkeutuva tukos). Nuoremmilla taas pääsääntöisesti kaulavaltimoiden dissektoitumat (valtimon seinämän sisäinen verenpurkauma) taikka protromboottiset (perinnöllinen verisuonitukos) tilat aiheuttavat sairastumisen aivoverenkiertohäiriöön. (Aivoinfarkti 2011.)

Aivohalvauksen pitkäaikaisten oireiden kuntoutuksessa sairastumisesta kulunut aika jaotellaan kolmeen; akuutti, subakuutti ja krooninen vaihe. Akuutissa vaiheessa kuntoutujan tila ei ole vielä vakaa. Subakuutti vaihe kestää keskimäärin 3kk, jolloin kuntoutuminen on nopeinta. Krooninen vaihe alkaa siitä, kun kuntoutujan tila on stabiili. (Aivoinfarkti 2011.)

Akuuttiin keskivaikeaan tai vaikeaan aivoverenkiertohäiriöön liittyy useimmiten parantumaton kuolioalue aivoissa, jota ympäröi iskeeminen puolivarjoalue elinkykyisine hermosoluineen. Hermoverkostot alkavat uudelleenjärjestyä ja kuntoutuminen voi alkaa, kun epävakaa akuuttivaiheen tulehdukselliset prosessit, aivojen turvotus ja ionikanavamutokset rauhoittuvat. Subakuutissa vaiheessa traumaa seuraavina ensimmäisinä kuukausina kuntoutuksessa käytetään menetelmiä, joilla pyritään synnyttämään neuroplastisia muutoksia aivoissa (aivojen uudelleen muokkautuvuus). Myöhemmin kuntoutus keskittyy enemmänkin adaptiivisten selviytymiskeinojen omaksumiseen, jotka pohjautuvat oppimisteorioihin. (Sivenius 2008, 24.)

4.2 Esiintyvyys ja hoitokustannukset

Aivoverenkiertohäiriöön sairastuu Suomessa vuosittain yli 14 000 henkilöä. Heistä n.10 000:lla se on ensimmäinen aivoverenkiertohäiriö. AVH on Suomessa neljänneksi yleisin kuolinsyy. Riski sairastumiseen kasvaa 75 ikävuoden jälkeen. Sairastuminen aiheuttaa kuntoutujalle pitkiä sairaalajaksoja sekä työkyvyttömyyttä, joten tällä ryhmällä on myös suuri kansantaloudellinen merkitys. Aivohalvauksen aiheuttamat elinikäiset kustannukset aivohalvauspotilasta kohden ovat n. 80 000 e, josta ensimmäisen vuoden kustannukset ovat n. 21 000 e. (Aivoinfarkti 2011.)

Terveys- ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tuorein tilasto vuodelta 2011 kertoo tarkkoja lukuja alle 75-vuotiaista; kaikkiaan erilaisia aivoverisuonien sairaustapahtumia ICD-koodeilla 160 -169 ja G45 rekisteröitiin Suomessa yhteensä 29 312 kpl. Aivoverisuonten sairauksiin sairastuneiden potilaiden ja kuolleiden yhteismäärä oli 25 194. Kun tarkastellaan vain aivoverisuonien sairauksista ICD-10 koodeilla 160 -164 aivohalvaukseen johtaneita tapahtumia,

näitä oli Suomessa 35 -74-vuotiailla miehillä ja naisilla yhteensä 9 245. Näistä ensikohtauksia oli 6 174. Kuolemaan aivorenkiertohäiriön aiheuttama aivohalvaus on tilaston mukaan johtanut 951 henkilöä vuonna 2011. Tilasto perustuu hoitoilmoitus- sekä kuolinsyyrekisterin hoitojaksoihin. Suomen yliopistosairaaloiden erityisvastuualueiden mukaan jaoteltuna Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiri kuuluu Pirkanmaan, Etelä-Pohjanmaan, Kanta-Hämeen ja Vaasan kanssa TAYS:in (Tampereen yliopistosairaala) miljoonapiiriin (Kuntaliitto 2012). Tays:in miljoonapiirissä v. 2011 aivohalvaukseen johtaneita aivoverenkiertohäiriöitä oli yhteensä 2 177. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013a, Aivohalvaukset 2A, 2B, 2C ja 2D.)

Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin alueella oli vuonna 2009 PERFECT – Aivohalvausraportin mukaan yhteensä 976 kaikenikäistä AVH-potilasta, joista aivoinfarktipotilaiden määrä oli 528. Koko maan AVH-potilaiden määrä oli tuolloin 23 057. Tästä miesten osuus oli 46,9 %. Sairastuneiden keski-ikä oli 73,9 vuotta ja alle 65-vuotiaiden osuus oli 23,6 %. Ensimmäisen hoitokokonaisuuden hoitopäiviä kertyi v. 2007 – 2009 keskimäärin 31,9. Hoitokokonaisuudella tarkoitetaan katkeamatonta sairaala- ja terveyskeskusjaksoa, joka päättyy kotiutumiseen, vanhainkotiin tai kuolemaan. Hoitopäivien keskimäärä nousi 38,1:een v.2008 – 2010. Aivoinfarktipotilaiden 365 päivän aikana hoitopäiviä oli keskimäärin 50,9 kpl vuosina 2007 – 2009 ja 60,4 kpl vuosina 2008 – 2010. Hoitokustannukset olivat 365 päivässä Päijät-Hämeessä v.2007 – 2009 keskimäärin 15 131 e/potilas, kun koko maan keskimääräinen hoitokustannus oli 19 003e/potilas. Hoitokustannukset Päijät-Hämeessä ovat tasaisesti laskeneet vuodesta 2005 lähtien. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013b.)

Lahden kaupunginsairaalan neurologisen vaativan kuntoutuksen osastolla L51 hoidettiin viimeisimmän tilaston mukaan v. 2012 115:sta AVH-kuntoutujaa (ICD-10: 160- 168). Heistä lahtelaisia oli 101 ja ulkokuntalaisia 14. Osastolta kotiutuneiden AVH-kuntoutujien keskimääräinen hoitoaika oli 46 vuorokautta. Hoitoaika oli pidentynyt edeltäviin vuosiin verraten, koska kuntoutujat olivat vaativampia ja näin ollen pidempää kuntoutusjaksoa tarvitsevia. Vaativampien kuntoutujien kuntoutumispotentiaalin vähäisyys saattoi olla jo tulotilanteessa nähtävissä. Kotiutumisen edellyttämän toimintakyvyn saavutti lahtelaisten 101

kuntoutujan joukosta 71 henkilöä (70 %). Seuraavaksi tavoitteeksi raportissa asetettiin kotiutumisprosentin parantaminen. Tavoitteen saavuttamiseksi kuntoutusta tulee siis edelleen kehittää ja tehostaa. (Luttinen 2012.)

4.3 Aivoverenkiertohäiriön vaikutukset toimintakykyyn

Toimintakyvyllä tarkoitetaan yksilön valmiutta selvitä jokapäiväisestä arjesta elämäntilanteensa sekä sen asettamien vaatimusten kannalta. Sillä kuvataan usein fyysistä suorituskkyä yksilön suhteessa ympäristöönsä, kuten kotiin, työhön ja vapaa-ajan toimintoihin. Toimintakykyä voidaan käsitellä myös laajemmin jolloin siihen sisällytetään myös psyykinen, kognitiivinen ja sosiaalinen suoriutuminen. Toimintakykyyn voidaan vaikuttaa kehittämällä yksilön ominaisuuksia, ympäristöä, apuvälineiden ja toisen henkilön avustuksen avulla. (KELA 2010, 1.2.; Sosiaaliporrti.fi 2013.)

Aivoverenkiertohäiriö aiheuttaa sairastuneelle useimmiten vamman laajuudesta ja sijainnista riippuvia erilaisia ja eriaisteisia neurologisia häiriöitä. Erilaiset oireet asettavat haasteita itsenäiselle selviytymiselle päivittäisistä ADL (Activities of Daily living)-toiminnoista kuten wc-toiminnot, siirtymiset, kävely ja ruokailu, sekä IADL- toiminnoista (Instrumental Activities of Daily living). IADL-toiminnot tarkoittavat itsenäistä asioiden hoitamista, kuten kotityöt ja kodin ulkopuoliset asioinnit. Sosiaalinen kanssakäyminen voi vaikeutua oireiden takia ja kuntoutujan sosiaalinen piiri monesti pienenee sairaalajakson ja todennäköisesti myös kotiutumisen jälkeen. Osallistuminen esim. työelämään, harrastuksiin, lähiyhteisön toimintaan ja kodin askareisiin muuttuu myös haastavammaksi ja suuri osa potilaista kokeekin elämänlaadun heikkenevän. Sairastuminen aiheuttaa myös ekonomisia vaikutuksia, jolloin kuntoutuja perheineen tarvitsee usein tukitoimia toimeentulonsa turvaamiseksi. (Graven ym.2011; Talvitie ym. 1996, 2.2.) Moni AVH-kuntoutuja kärsii masennuksesta, johon saattaa liittyä painon hallinnan ongelmat, unihäiriöt, väsymys, tarpeettomuuden tunne tai jopa itsetuhoisia ajatuksia. Heikentynyt toimintakyky, masennus sekä sosiaalisen tuen puute ovat merkittävimpiä koettua elämänlaatua alentavia seikkoja AVH:sta toipuvilla subakuutin vaiheen kuntoutujilla. (Graven ym.2011)

Yleisin oire AVH-kuntoutujilla on liikkumisen vaikeus, joka johtuu hemipareesi- tai plegiaoireesta (toispuolihalvaus). Halvausoire esiintyy noin 75 %:lla aivoinfarktikuntoutujista akuutissa vaiheessa. Se on usein vaikeampi ylä- kuin alaraajassa, liittyen siihen että aivoinfarkti kehittyy useimmiten a.cerebri media-suonitusalueelle. Kognitiivisia häiriöitä, kuten muistihäiriöitä, tarkkaavaisuus-, toiminnanohjaus-, suunnittelu- ja kontrollin häiriöitä, sekä yleisen kognitiivisen prosessoinnin hidastumista ja päättelytoimintojen heikentymistä esiintyy myös usein AVH-kuntoutujilla. Laajat muistihäiriöt liittyvät yleensä hippokampuksen vaurioihin, ja suppeampina ne johtuvat usein kortikaalisesta vammasta. Dominantin aivopuoliskon (usein vasemman) vaurioissa esiintyy noin kolmasosalla afasiaa, eli puheen tuoton ja ymmärtämisen ongelmia. Lukeminen, kirjoittaminen ja laskeminen saattavat vaikeutua. Ei-dominantin (usein oikean) aivopuoliskon vaurioihin liittyvä oire on oman vaurioon nähden vastakkaisen kehopuoliskon ja havaintokentän huomiotta jättö (neglect-oire). Kuntoutujilla voi esiintyä myös näkökenttäpuutoksia, joista tavallisin on homonyymi hemianopia, jossa aivovaurion vastakkainen näkökenttä puuttuu. Masennus- ja mielialojen vaihtelu ovat myös yleisiä AVH-kuntoutujilla. (Kaste, Hernesniemi, Kotila, Lepäntalo, Lindsberg, Palomäki, Roine, Sivenius 2007, 327.)

4.4 AVH- kuntoutuksen vaikuttavuus

Kuntoutuksen vaikuttavuus käsitteenä tarkoittaa toiminnan tavoitteen mukaisten tulosten saavuttamista. Yksilön tavoite voi olla esimerkiksi vajaakuntoisuuden kanssa selviäminen. Yleisellä tasolla vaikuttavalla kuntoutuksella tavoitellaan hyvinvoinnin kohenemista tai sen huononemisen hidastumista. (Rissanen & Aalto 2002, 3.)

AVH-kuntoutus on yhteiskunnallisesti, sekä väestöryhmäkohtaisesti merkittävä kehityskohde etenkin väestöryhmien ikärakennemuutoksen takia. Kallanranta (2002, 99) toteaa kirjallisuuskatsauksessaan että kuntoutuksen tulee olla jatkuvaa, johdonmukaisesti toteutettua ja pitkäaikaista kuntoutujan selviytymisen tukemiseksi. Sairauden vaihe vaikuttaa olennaisesti kuntoutuksen keinovalikoimaan. Ensimmäisinä kolmena – kuutena kuukautena kuntoutuminen on nopeinta. Varhain aloitetun intensiivisen, moniammatillisen kuntoutuksen

hyöty voidaan selvästi todeta toiminnallisessa suoriutumisessa, liikkumisessa, itsestä huolehtimisessa ja kielellisessä, sekä kognitiivisissa taidoissa. Alkuvaiheen tehokas kuntoutus näyttäytyy positiivisesti pidemmällä aikavälillä kuolleisuudessa, vajaakuntoisuudessa ja elämänlaadussa. Kuntoutus on kustannusvaikuttavinta silloin, kun se aloitetaan 12 – 20 vuorokauden kuluessa sairastumisesta. Kuntoutus myöhäisvaiheessa (krooninen vaihe) on myös hyödyllistä, vaikkei sillä saadakaan enää suhteessa yhtä hyvää tulosta kuin varhain toteutetulla kuntoutuksella. Ohjauksen ja neuvonnan merkittävydestä ei ole yhtä vahvaa näyttöä kuin tehokkaan hoitoketjun ja moniammatillisen kuntoutuksen hyödyllisyydestä. Kirjallisuuskatsauksen perusteella suositellaan moniammatillisten kuntousryhmien kehittämistä niin laitos- kuin avohoidossa ohjelmoituina jaksoina. Kuntoutusjaksoilla sekä niiden jälkeen on käytettävä ohjauksellista ja opetuksellista toimintaa. (Kallanranta 2002, 100 – 105.) Myös Paltamaa ym. (2011, 231) mukaan tiedon tarjoaminen lisää kuntoutujan sitoutumista kuntoutukseen ja käytännön harjoitusjakso yhdistettynä opetukselliseen ohjaukseen parantavat kuntoutujan sekä omaisen selviytyvyyttä. Kuntoutuksen konsensuslausumassa (Suomalainen lääkäriseura Duodecim & Suomen akatemia 2008, 1.5) todetaan myös, että tehtäväkeskeinen harjoittelu parantaa sairastuneen toiminnallista ennustetta.

”Hyvän kuntoutuskäytännön perusta”- julkaisussa vaikuttavan kuntoutuksen edellytyksiin jo edellä mainittujen lisäksi todetaan kuntoutujan nyky-ympäristön huomiointi, sekä kuntoutuksen suunnitelmallisuus ja katkeamattomuus. Terapia ja ohjaus tulisi kohdentaa toimintakyvyn edistämiseen ja mahdollistamiseen arjen tilanteissa. Riskikohtia AVH-kuntoutujan kuntoutusketjussa voivat olla esimerkiksi kuntoutuksen järjestämisen vastuun siirtyminen tai elämäntilanteiden muutokset ja siirtymävaiheet. (Paltamaa ym. 2011a 228 – 231.) Etenkin siirryttäessä intensiivisestä kuntoutuksesta ylläpitävään kuntoutukseen moniammatillinen asiantuntijuuden hyödyllisyys korostuu (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim & Suomen akatemia 2008).

Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus (193/2009) Suomen lääkinnällisestä kuntoutuksesta tukee Paltamaan ym. (2011) johtopäätöksiä; moniammatillinen, oikea-aikainen kuntoutujan nyky-ympäristön huomioiva lääkinnällinen AVH-kuntoutus on vaikuttavaa. Sairaanhoidopiireittäin

tarkasteltuna kunnallisessa terveydenhuollossa resursointi on tarpeisiin nähden kuitenkin liian vähäistä ja mm. moniammatillisuus ei toteudu tarpeeksi usein resurssipulan takia. Laitoskuntoutusjaksoja rahoitetaan runsaasti, vaikkakin kuntoutujan lähipiirissä toteutettu perusterveydenhuollon järjestämä kuntoutus olisi usein tarvelähtoisempää ja vaikuttavampaa. Hoitoketju tai kuntoutumisen seuranta saattaa katketa tai viivästyä siirtymävaiheissa erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon tai terveyskeskussairaalaan kotiutuessa. Suomen eteläisissä osissa ammattitaitoisen ja riittävän kuntoutuksen saatavuus on pohjoista Suomea huomattavasti parempaa. Apuvälinepalvelut ovat lääkinnällisen kuntoutuksen toimivin osa ja ne ovatkin kehittyneet eniten. (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2009.)

Kuntoutuksen suunnittelun tulisi olla kuntoutustarvelähtöistä Maailman terveysjärjestö WHO:n (Worlds Health Organization) kehittämän toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen ICF-luokituksen (International Classification of Functioning, Disability and Health) viitekehystä noudattaen. ICF-viitekehysten käyttö auttaa konkretisoimaan kuntoutujan yksilöllisiä arjen toimintoja ja tarpeita ja ohjaa kuntoutusta fyysiseen ja sosiaaliseen ympäristöön. Viitekehysten osa-alueet esitetään kuviossa 2 joka perustuu STAKES:in kaaviokuvaan (2009, 10 – 11). Kuntoutuksen tavoitteet muodostuvat ICF:ia apuna käyttäen kokonaisvaltaisemmin ja asiakaslähtöisemmin kuin perinteisesti lääketieteellisen haitan perusteella. ICF:n mukaisesti AVH-kuntoutujan omia kokemuksia kuntoutuksesta tulisi käyttää hyödyksi yhtenäisten arviointimenetelmien eli mittareiden lisäksi myös kuntoutuksen vaikuttavuutta mitatessa. (Paltamaa ym. 2011a.) Myös Gravenin ym. (2011) tutkimuksessa todetaan, että moniammatillisessa kuntoutuksessa tulisi painokkaammin keskittyä yksilön omista tavoitteista kohoaviin tarpeisiin, jotta kuntoutujan mieliala, osallistuminen sekä terveydentilaan liittyvä koettu elämänlaatu kohenisi.

ICF	osa 1: Toimintakyky ja toimintarajoitteet		osa 2. Kontekstuaaliset tekijät	
Osa-alueet	Ruumiin/kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet	Suoritukset ja osallistuminen	Ympäristö-tekijät	Yksilö-tekijät
Aihe-alueet	Elin-järjestelmien fysiologiset toiminnot ja mielen-toiminnot Ruumiin anatomiset osat	Elämän alueet; tehtävät ja toimet joita yksilö toteuttaa Osallisuus elämän tilanteisiin	Toimintakykyn ja toiminta-rajoitteisiin vaikuttavat ulkoiset tekijät	Toimintakykyn ja toiminta-rajoitteisiin vaikuttavat sisäiset tekijät
Konstruktio eli mittaamista ja arviointia ohjaavat käsitteet	Ruumiin/ kehon toimintojen muutos (fysiologinen) Ruumiin rakenteiden muutos (anatominen)	Suorituskyky Tehtävien toteutus vakioidussa ympäristössä Suoritus taso Tehtävien toteutus nyky-ympäristössä	Fyysisen, sosiaalisen ja asenneympäristön edistävä ja rajoittava vaikutus	Yksilötekijöiden vaikutus
Myönteiset piirteet	Toimintojen ja rakenteiden eheys	Suoritukset Osallistuminen	Edistävät tekijät	Ei määritelty
	Toimintakyky			
Kielteiset piirteet	Vajavuus	Suoritusrajoite Osallistumisrajoite	Rajoittavat tekijät	Ei määritelty
	Toimintarajoitteet			

KUVIO 2. ICF-viitekehys ja sen osa-alueiden määritelmät (STAKES 2009, 10-11 mukaan)

Kävelyn itsenäisyyteen, kävelynopeuteen ja -matkaan vaikuttavia kuntoutusmuotoja AVH-kuntoutujan fysioterapiassa on vahvaan tutkimusnäyttöön (A) perustuen Sjögren, Paltamaa, Peurala ja Heinosen (2008) mukaan kävelyn ja tasapainon harjoittelu, etenkin elektromekaanisesti avustettuna, kävelymatolla toteutettuna ja käyttäen apuna sähköstimulaatiota. Kohtalaista ja niukkaa näyttöä (B-C) on osittain halvaantuneen yläraajan tehostetulla (pakotetulla) harjoittelulla, yhtäaikaaisella yläraajojen harjoittelulla, robottivusteisella -sekä

sähköstimulaatioharjoittelulla. Tutkitusti (B-C) aerobinen sekä progressiivinen lihasvoimaharjoittelu parantavat hengitys- ja verenkiertoelimistön kuntoa, sekä kävelynopeus- ja kestävyys lisääntyvät. Lihasvoimaharjoittelu lisää kuntoutujan lihasvoimaa ja fyysistä aktiivisuutta, mutta lihasjänteiden harjoittelulla ei ole vaikutusta. Toimintaterapialla pystytään edesauttamaan päivittäisissä- ja vapaa-ajan toiminnoissa selviytymistä sairauden subakuutissa ja vielä kroonisessakin vaiheessa. (Sjögren ym. 2008, 79 – 81).

Monien käytössä olevien hoitomenetelmien vaikuttavuudesta, kuten aistimotorinen- tai mielikuvarajoittelu, turvotukseen liittyvät hoidot tai peilitterapia, ei ole riittävästi tutkimustietoa. Bobath-menetelmä, asento- ja jotkin fysikaaliset hoidot eivät kirjallisuuskatsauksen mukaan ole vaikuttavampia kuntoutusmenetelmiä verrattuna tavanomaiseen fysioterapiaan. Yleisesti voidaan päätellä, että terapiassa tulisi keskittyä sellaisiin toimintoihin ja taitoihin, joihin tahdotaan vaikuttaa. Jotta kuntoutus olisi vaikuttavaa, tulee harjoittelun olla progressiivisesti etenevää kuormitusfysiologian perusteiden mukaisesti. (Paltamaa ym. 2011, 142 – 182.)

Paltamaan ym. (2011a) kirjallisuuskatsauksessa ei löydetä luotettavaa näyttöä AVH- kuntoutujan terapian toteuttamisympäristön merkityksestä. Review-artikkelissa vuodelta 2003 (Outpatient Service Trialists) kuitenkin osoitetaan näytön asteella A, että kotikuntoutuksella vuoden sisällä AVH:öön sairastumisesta voidaan parantaa toimintakykyä verraten perinteiseen kuntoutukseen. AVH-kuntoutuksen kehittämistyössä tutkimusta toteuttamisympäristöstä tarvittaneen kipeästi lisää, sillä myös tuore ruotsalainen RCT-tutkimus vuodelta 2010 kuvaa tarkasti kotona tapahtuvan kuntoutuksen hyötyjä verrattuna tavanomaiseen laituskuntoutukseen. Sen osoitetaan vahvistavan kuntoutujan roolia tavoitteiden määrittelyssä, johtajuudessa sekä aloitekyvyssä. Tutkimuksessa keskivaikean AVH:n sairastaneet kuntoutujat kotiutettiin verrokkiryhmää eli tavanomaista kuntoutusryhmää (CRG, Conventional Rehabilitation Group) aiemmin, jo keskimäärin 10 vrk:n jälkeen ja moniammatillinen kuntoutus toteutettiin kotioloissa (HRG eli Home Rehabilitation Group). CRG-ryhmässä saavutettu terveydentilaan liittyvä elämänlaatu laski vuoden- viiden vuoden aikavälillä sairastumisesta merkittävästi, kun taas HRG-ryhmän saavutettu terveydentilaan liittyvä elämänlaatu pysyi ennallaan. Suurempi osa HRG-ryhmäläisistä kuin

verrokkiryhmästä oli itsenäisiä ADL-toiminnoissaan ja he kokivat olevansa itsevarmempia, joka auttoi heitä kestämään vastoinkäymisiä paremmin.

(Ytterberg, Thorsen, Liljedahl, Widen Holmqvist, von Koch 2010.)

5 TUTKIMUSMENETELMÄT JA AINEISTO

5.1 Tutkimusmenetelmät

Tutkimusmenetelmänä käytettiin monimetodista lähestymistapaa eli triangulaatiota. Metodista triangulaatiota käyttämällä tutkimusaineistoa saadaan syvennettyä esimerkiksi täydentämällä kvalitatiivista tutkimusta kvantitatiivisin menetelmin (Hirsjärvi ym.2010, 28 – 31, 38 – 39). Opinnäytetyössä menetelmiä käytettiin rinnakkain. Sovelletusti käytetystä FIM-mittarista saatu tieto analysoitiin kvantitatiivisesti ja puolistrukturoidusta haastattelusta, sekä havainnoinnista saatu tieto kvalitatiivisesti. Analyyseista saatu tieto yhdistettiin johtopäätöksiä tehtäessä.

5.2 Kohderyhmä

Opinnäytetyön tutkimuksen kohderyhmänä oli viisi aivohalvauksen sairastanutta (ICD 10: 160 – 163), Lahden kaupunginsairaalan neurologiselta kuntoutusosastolta kotiutunutta kuntoutujaa. Kaikilla kuntoutujilla oli avh:n seurauksena yläraajassa hemipareesi- tai plegiaoire. Neljä heistä oli kotiutunut sairaalasta äskettäin ja sairastumisesta oli alle vuosi. Yksi ryhmäläisistä oli vertaistukihenkilö, joka oli sairastanut aivoverenkiertohäiriön useita vuosia sitten.

5.3 Voimaannuttava AVH-ryhmä

Voimaannuttava AVH-ryhmä järjestettiin Lahden kaupunginsairaalan fysio- ja toimintaterapiatiloissa keväällä 2012, kaksi kertaa viikossa yhteensä viiden viikon ajan. Lääkinnällisen kuntoutuksen Neuron tiimin kaksi fysioterapeuttia ja kaksi toimintaterapeuttia vastasi ryhmän toteutuksesta. Osallistuminen oli kuntoutujille maksutonta, pääsyyvaatimuksena oli, että kuntoutuja on sairastanut aivoverenkiertohäiriön, on valmis sitoutumaan ryhmään, pystyy itsenäisesti saapumaan ryhmään ja on kognitioltaan tarpeeksi hyvä osallistuakseen itsenäisesti ryhmään (Kutsu liite 2). Tapaaminen kesti tunnin kerrallaan ja joka tapaamiselle oli oma aiheensa. Aiheita olivat mm. tasapaino ja tukeutuminen, koti ympäristönä (turvallisuus, esteettömyys), keittiötoiminnot ja ravitsemus, keskittyminen ja

rentoutuminen, sekä liikuntasuosituksien ja ulkoilu (liite 3). Toteutusmuotoina olivat erilaiset käytännön harjoitteet, luentotyylinen tiedon antaminen, keskustelu sekä ”kotitehtävät” kuten kodin turvallisuuden tarkistuslistan täyttö.

Opinnäytetyön tekijä kävi eräessä ryhmätapaamisessa esittelemässä suullisesti opinnäytetyön aiheen sekä aineistonkeruumenetelmät ja ryhmän osallistujilta kysyttiin vapaaehtoista suostumusta tutkimukseen. Kaikkien ryhmäläisten suostuttua, heille lähetettiin postitse opinnäytetyön tekijän esittelykirje (liite 4). Ryhmäläiset antoivat puhelinnumerosa opinnäytetyön tekijälle tulevia haastattelukontakteja varten.

5.4 Aineiston keruu

Ryhmän voimaannuttavien tavoitteiden pidemmän aikavälin toteutumista käytännössä kuntoutujan omana kokemana seurattiin tämän opinnäytetyön avulla.. Samalla saatiin tietoa ryhmään osallistuneiden kokemuksista ryhmätapaamisista, järjestelyistä ja sisällöstä.

Aineisto opinnäytetyöhön koottiin sovelletusti toteutetulla FIM-mittarilla, jolla mitattiin kuntoutujien omaa kokemusta toimintakyvystään 3 kk:n ja 6 kk:n päästä ryhmän loppumisesta. Lisäksi puolistrukturoidulla haastattelulla sekä havainnoinnilla kerättiin tietoa 6kk:n kohdalla. Haastattelukysymykset on määritelty tilaajan kanssa yhteistyössä kartoittamaan taitojen siirtymistä arkeen ryhmäkokoonantumisten aiheiden mukaisesti (mm. keittiötoiminnot, tasapaino, kaatuminen, kodin turvallisuus), sekä kartoittamaan ryhmäläisten kokemuksia ryhmästä ja sen hyödyllisyydestä omalla kohdallaan. Puolistrukturoidussa haastattelussa kaikilta haastateltavilta kysytään ennalta mietittyjä kysymyksiä tietyistä teemoista, koska halutaan tietoa juuri näistä aiheista (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Puolistrukturoitu haastattelu nauhoitettiin vastaajien luvalla myöhempiä analysointia varten.

Aineiston keräyksen toteutti opinnäytetyön tekijä 3kk:n kohdalla puhelimitse ja 6kk:n kohdalla kotikäynnillä.

5.4.1 FIM (Functional Independence Measure)

FIM- toimintakyvyn- ja avuntarpeen mittari on aikuisille tarkoitettu, yleensä laitostuntoutusjaksoilla käytettävä, moniammatillisesti kuntoutujaa havainnoiden toteutettava toimintakyvyn arviointi- ja seurantajärjestelmä. Mittari soveltuu vammaryhmäluettelonsa mukaan aivoverenkiertohäiriökuntoutujille. TOIMIA- eli kansallinen asiantuntijaverkosto suositaa AVH-kuntoutujan osallistumisen ja suoritusten arviointiin käytettäväksi FIM-toimintakykymittaria (Paltamaa & Peurala, 2011b). Mittarin käyttö edellyttää FIM-koulutusta, jotta arviointi olisi yhdenmukaista ja luotettavaa. FIM-mittarilla arvioidaan kuntoutujan kahdeksastatoista päivittäisestä perustoiminnosta selviämistä kuntoutusjakson aikana, sekä mahdollisesti sen jälkeen motorisella ja kognitiivisella osa-alueella. Motorisia (fyysisiä) osioita on 13, joihin sisältyy itsestä huolehtiminen kuten pukeutuminen, ruokailu ja wc-toimet, sulkijalihasten hallinta, siirtymiset sekä liikkuminen tasaisella sekä portaissa. Kognitiivisia (älyllisiä) arvioitavia toimintoja on 5; kommunikointi (ymmärtäminen ja ilmaisu) sekä sosiaalinen vuorovaikutus, ongelmanratkaisutaidot sekä muisti. Arviointi tapahtuu asteikolla 1 – 7, täysin itsenäisestä toimijasta täysin avustettavaan. Kuviossa 3 esitellään arviointiasteikkoa tarkemmin. Yksittäisen kuntoutujan kohdalla tulosten perusteella voidaan arvioida avuntarvetta ja toimintakykyä, suunnitella kuntoutusta ja arvioida sekä todentaa sen vaikutusta. Tuloksien perusteella voidaan seurata toimintakyvyssä tapahtuvia muutoksia, selvittää avuntarpeen määrä ja tarvittaessa tuloksilla voidaan perustella kuntoutukseen liittyviä valintoja. FIM- mittaria voidaan hyödyntää myös toimintayksiköiden ja toimintatapojen kehittämiseen ja arviointiin tai vielä laajemmassa mittakaavassa kuntoutuspalveluiden arvioinnissa kunnissa tai sairaanhoitopiireissä. (Klemola 2013.)

Omatoiminen: Henkilö ei tarvitse avustajaa toiminnan suorittamisessa.		
7	Täysin itsenäinen	Henkilö suorittaa kaikki toimintaan kuuluvat tehtävät kohtuullisessa ajassa, turvallisesti, ilman muutoksia tai apuvälineitä ja tukia.
6	Lähes itsenäinen	Henkilö suoriutuu toiminnasta, mutta tarvitsee apuvälinettä tai tukea, toiminta kestää normaalia kauemmin tai siihen liittyy turvallisuusriskejä, jotka henkilö pystyy vielä itse korjaamaan.
Tarvitsee apua: Henkilö tarvitsee avustajan valvontaa, ohjausta tai fyysistä apua toiminnan suorittamiseen tai hän ei pysty sitä lainkaan suorittamaan. Henkilö on riippuvainen toisesta ihmisestä.		
5	Valvonta/järjestely	Henkilö tarvitsee vain vierellä oloa, ohjausta, vihjeiden antamista tai kehotusta ilman fyysistä kontaktia, tai avustaja asettaa esille tarvittavat tavarat tai laittaa päälle ortoosit tai päälle asetettavat apuvälineet.
Tarvitsee vähän apua: Henkilö suorittaa yli puolet (50 %) toiminnasta itse.		
4	Vähäinen kosketusapu	Henkilö tarvitsee vain hieman kosketusapua ja suorittaa toiminnasta yli 75 % itse.
3	Kohtalainen apu	Henkilö tarvitsee enemmän apua kuin pelkän kevyen kosketuksen. Tai henkilö suorittaa toiminnasta 50 % - 74 % itse.
Tarvitsee paljon apua: Henkilö suorittaa alle puolet (50 %) toiminnasta itse. Vaaditaan runsas tai täydellinen apu, jotta toiminta voidaan suorittaa tai potilas tee toimintaa lainkaan.		
2	Runsas apu	Henkilö suorittaa toiminnasta 25 % - 49 % itse.
1	Täydellinen apu	Henkilö suorittaa toiminnasta alle 25 % itse. Tai henkilö tarvitsee kahta avustajaa tai ei tee toimintoja ollenkaan

KUVIO 3. Fim-mittarin arviointiasteikon kuvaus (Klemola 2013)

FIM on Hyvät kuntoutuskäytännöt- tutkimuksen (Paltamaa ym.2011a) mukaan Suomen AVH-kuntoutuslaitosten moniammatillisten työryhmien eniten käyttämä toimintakyvyn arviointimenetelmä. FIM on Paltamaan ym. (2011) mukaan käytössä 73: ssa prosentissa maamme AVH-kuntoutuslaitoksista. Wallace, Duncan, & Lai, (2002) toteavat, että FIM:in motorisen arvioinnin alue mittaa luotettavasti jo pieniäkin muutoksia aivohalvauskuntoutujan motorisessa päivittäisessä toimintakyvyssä mitattaessa 1 kk:n ja 3 kk:n aikavälillä aivohalvaukseen sairastumisesta. Tutkimuskohortti koostui pitkäaikaisia neurologisia oireita aiheuttaneen aivohalvauksen kokeneista, kotona asuvista potilaista 12:sta eri sairaalasta Yhdysvalloissa (Wallace ym.2002).

FIM- mittaria käytetään Lahden kaupunginsairaalassa standardoidusti kaikille AVH-kuntoutujille subakuutissa sairaalakuntoutusvaiheessa kuntoutujan motorisen toimintakyvyn ja kognition arvioinnissa, aina hoitojakson alkaessa ja loppuessa. Ennen AVH-ryhmän alkua Neuron tiimin fysioterapeutit olivat toteuttaneet sovelletusti, eli haastatellen FIM:in osallistujille mitataksaan heidän omaa subjektiivista kokemustaan päivittäisistä toiminnoista selviytymisestä. Tästä syystä soveltaen tehty FIM muodostuikin luontevasti opinnäytetyössä keskeiseksi aineiston keruumenetelmäksi.

Opinnäytetyössä FIM-mittaria käytetään soveltaen. Standardista poiketen toimintakykyä arvioitiin kuntoutujan omasta, eikä havainnoivan ammattilaisen näkökulmasta; haastatellen havainnoinnin sijaan. FIM-toimintakyvyn mittaria on käytetty samaan tapaan kuin opinnäytetyössä, haastattelunomaisesti toteutettuna mittarina esimerkiksi KELA:n IKÄ-kuntoutushankkeessa (heikkokuntoisen ikäihmisten verkostomallisen kuntoutuksen toteutuminen ja vaikuttavuus) kuvaamaan ikäihmisten kokemuksia toimintakyvyn muutoksista kolmijaksoisen kuntoutuskurssin aikana ja siitä puolentoista vuoden päähän (Wallin & Vaara 2003).

5.4.2 Puolistrukturoitu haastattelu

Puolistrukturoitu haastattelu (ts. puolistrukturoitu teemahaastattelu) sopii tutkimusmenetelmäksi silloin, kun vastaajat ovat kokeneet tietyn saman tilanteen. Opinnäytetyössä tämä tilanne tarkoittaa aivoverenkiertohäiriöstä toipumista, sekä ryhmätapaamisia. Puolistrukturoitu haastattelu valikoitui yhdeksi aineistonkeruumenetelmäksi siksi, että se antaa vastaajille mahdollisuuden vastata omin sanoin määriteltyihin kysymyksiin. Haastattelija voi myös vaihdella kysymysten sanamuotoa tai esittää tarkentavia lisäkysymyksiä. Tämä olikin tärkeä seikka haastateltaessa vastaajia, joiden kognitiossa saattoi olla problematiikkaa AVH:n takia. Siirtyminen aiheesta toiseen tapahtuu haastateltavan ehdoilla. (Hirsjärvi ym. 2010, 47 – 48.)

Puolistrukturoitu haastattelu toteutetaan siten, että vastaukset teemoiteltuihin haastattelukysymyksiin analysoidaan induktiivisella sisällönanalyysillä. Tavoitteena on tiivistää tieto kadottamatta silti sen sisältämää informaatiota.

Aineisto klusteroidaan eli ryhmitellään alakategorioihin. Pelkistetyistä ilmaisuista etsitään yhteneviä sekä erilaisia ilmauksia. Näin samoja asioita tarkoittavia käsitteitä yhdistellään ja luokitellaan. Yhdistelyä jatketaan edelleen yläkategorioihin, joiden nimet muodostuvat aina edellisen luokan sisällöstä. Käsitteellistämisvaiheessa luodaan kuvaus tutkimuskohteesta, eli yhdistävä kategoria yleiskäsitteiden avulla. Teoriaa ja johtopäätöksiä aineistosta peilataan koko ajan alkuperäiseen aineistoon. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

5.4.3 Havainnointi

Havainnoinnissa kyse on tutkimuksen kohteen mahdollisimman objektiivisesta, yleensä pääasiassa visuaalisesta aineiston keräämisestä eli tieteellisestä observoinnista. Havainnointi voidaan luokitella tutkijan osallistumisen asteen mukaan; toimiiko hän havainnoiden täysin ilman osallistumista, havainnoivana osallistujana, vai osallistuvana havainnoijana. Haastattelun lisänä havainnointi voi paljastaa tutkijalle ristiriitoja vastauksiin nähden. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 81.) Opinnäytetyössä havainnointi toteutettiin havainnoiden toimintaa lähes ilman osallistumista. Havainnointia käytettiin haastattelun tukena täydentämään toisiaan. Havainnointi sopii Hirsjärven ym. (2010, 37 – 38) mukaan menetelmäksi erityisesti silloin, kun tutkittavalla (tässä tapauksessa aivoverenkiertohäiriön sairastaneella) saattaa olla kognitiivisia vaikeuksia esimerkiksi muistissa, puheen tuottamisessa tai ymmärtämisessä.

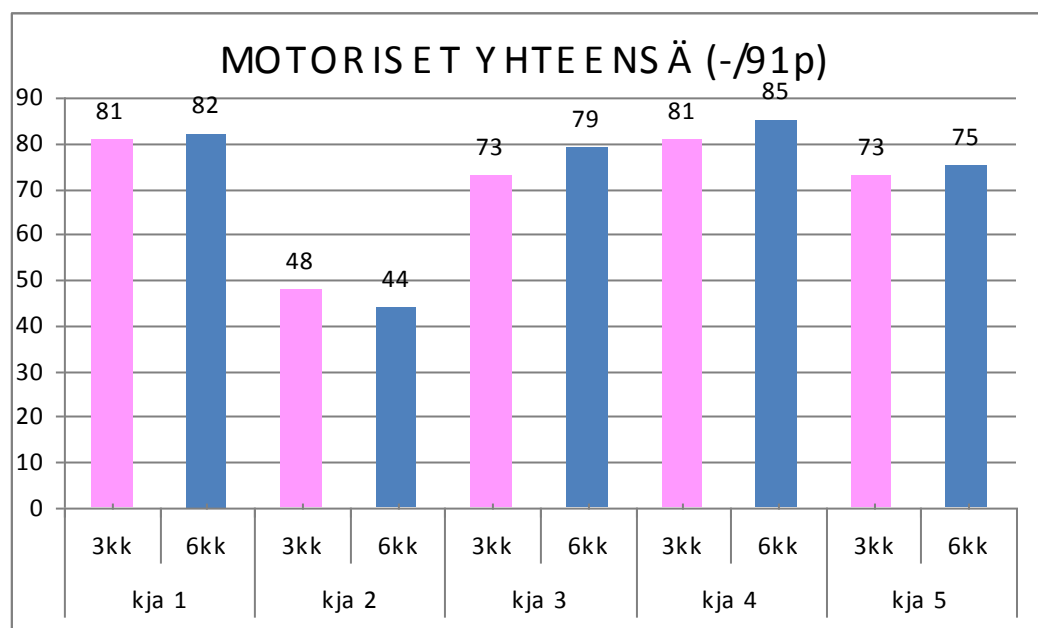
6 ANALYSOINNIN KUVAUS JA TULOKSET

6.1 FIM-analysointi

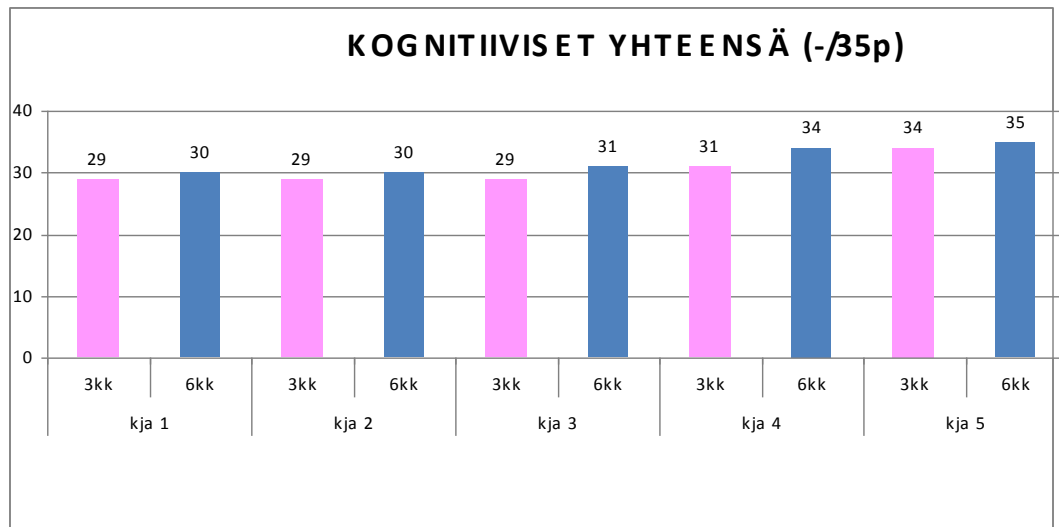
Haastatteluissa kirjattiin kohta kohdalta kuntoutujien vastaukset FIM-toimintakykymittarin valmiiseen testipohjaan, josta tiedot siirrettiin tietokoneelle excel-taulukkomuotoon. FIM-mittarista saatiin numeerinen arvio kuntoutujien kokemasta toimintakyvystä ja sen muutoksista yksittäisten osioiden sekä kokonaisuuden kannalta. Taulukoinnin avulla laskettiin lisäksi toimintakyvyn muutokset prosentteina kolmen kuukauden aikaväliltä.

6.1.1 FIM-tulokset

Kaikilla ryhmäläisillä toimintakyvyssä oli oman kokeman mukaan tapahtunut muutoksia kolmen ja kuuden kuukauden mittauksia verrattaessa. Kuvioissa 4. ja 5. nähdään kuntoutujakohtaisesti (kja) FIM:in pistemäärät kolmen (punainen pylväs) ja kuuden (sininen pylväs) kuukauden aikana, eroteltuina motoriseen ja kognitiiviseen alueeseen. FIM-mittarissa toimintakyvyn muuttuessa parempaan suuntaan pistemäärä nousee ja toimintakyvyn heikentyessä pisteytys laskee alaspäin.

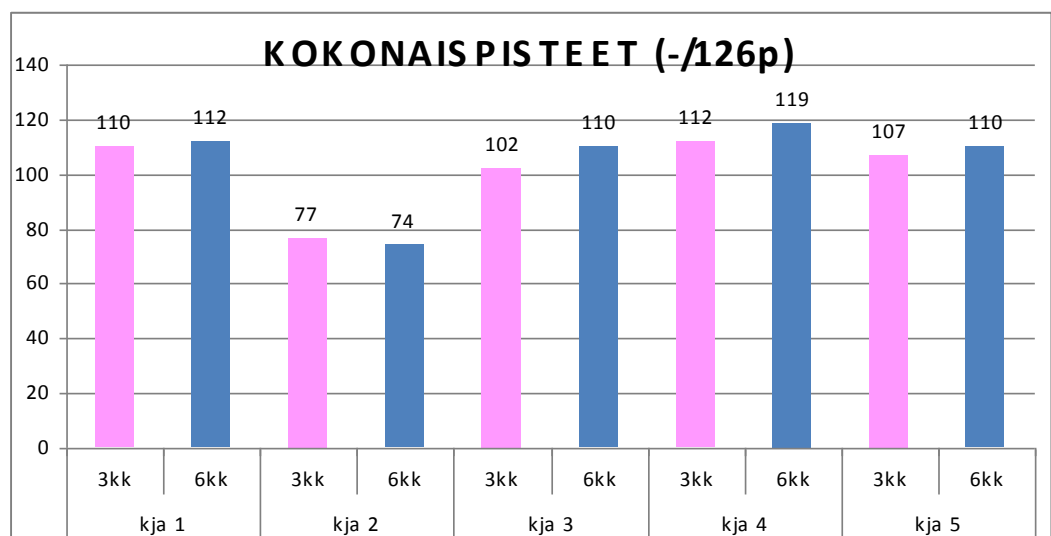


KUVIO 4. Motoriset pisteet



KUVIO 5. Kognitiiviset pisteet

FIM-toimintakykymittarin tuloksia prosentuaalisesti verrattessa saadaan selville, että keskimäärin motorinen toimintakyky oli parantunut 2%. Vaihteluväli motorisen alueen tuloksissa oli -4,4 - +6,6%. Neljä viidestä koki motorisen toimintakykynsä parantuneen mittausten välillä. Kognitiivinen toimintakyky parani FIM:in perusteella kaikilla ryhmäläisillä, keskimäärin 4,6%. Kognitiivisten tulosten vaihteluväli oli +2,9 - +8,6%. Kuviossa 6. on laskettu kyseisen aikavälin kuntoutujakohtaiset FIM:in kokonaispistemäärät.



KUVIO 6. Kokonaispisteet

Motoristen ja kognitiivisten alueiden yhteispisteiden perusteella toimintakyvyn kokonaismuutos oli keskimäärin 2,7 % ja vaihteluväliksi muodostui -2,4:stä prosentista +6,3:een prosenttia.

Kaikki FIM-tulokset esitellään liitteessä 1. Mikäli koetussa toimintakyvyssä arvioitiin olevan positiivisia muutoksia, on kyseinen ruutupari merkitty punaisella värillä. Negatiiviset muutokset on merkitty keltaisella värillä. Eniten positiivisia vaikutuksia toimintakykyyn koettiin siirtymisten osa-alueella; kaikki kuntoujat kokivat siirtymisen ammeeseen tai suihkuun parantuneen. Ymmärtäminen oli alue jolla koettiin tapahtuneen toiseksi eniten positiivisia muutoksia, kaikilla muilla paitsi yhdellä kuntoutujalla se parani. Wc-toimet olivat ainoa alue, jossa kukaan ei kokenut tapahtuneen muutoksia. Virtsarakon ja peräsuolen hallinnassa tapahtui vain negatiivisia muutoksia.

6.2 Puolistrukturoidun haastattelun analysointi

Opinnäytetyön haastatteluista oli tarkoituksena saada myös relevanttia tietoa avh-kuntoutujan toimintakyvystä ja kokemuksesta ryhmästä ohi kysymysten. Ajallisten resurssien takia haastattelun analyysissä kuitenkin käsiteltiin tiukemmin teemojen mukaisia aiheita. Sisällön analyysillä kiteytettiin, mitä kiinnostavaa haastateltavat olivat kertoneet. Sisällön analyysissä lähdetään liikkeelle litteroinnista, joka tarkoittaa puhemuotoisen tai kirjoitetun aineiston sana sanalta puhtaaksi kirjoittamista (Hirsjärvi & Hurme 2010, 138). Tässä opinnäytetyössä nauhoitettiin puolistrukturoitu haastattelu, joka kirjoitettiin puhtaaksi. Keskustelun aikana kirjattiin lisäksi oleellisia mainintoja ylös. Seuraavaksi aineisto tulostettiin, josta koodattiin tutkimustehtävään liittyvät asiat yliviivaten ne teemoittain erivärisillä tusseilla ja aineisto siirrettiin koneelle. Koodaamisella tutkimusaineisto jaettiin pienempiin osiin tarkasteltavaksi. Aineistoa pelkistettäessä alkuperäisilmaus tiivistetään (Saaranen- Kauppinen & Puusniekka 2006). Aineistolähtöisessä analyysissä analyysiyksiköt valitaan tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävänasettelun mukaisesti (Tuomi & Sarajärvi 2009).

6.2.1 Puolistrukturoidun haastattelun tulokset

Päälöydökset aineistolähtöisen analyysin perusteella olivat etenkin **sosiaalinen tuki** ja vähemmässä määrin **toimintakyvyn koheneminen**. Löydöksiä kuvatessa on käytetty vastaajista suluissa merkkiä kuntoutuja 1 = K1, jne.

Ammattilaistuki koettiin hyvänä ohjaajien ja ryhmäläisten välisenä vuorovaikutuksena ja asiantuntijuutena sekä tiedon, että konkreettisen tekemisen ohjauksessa. **Vertaistuki** ilmeni haastatteluissa vertaishenkilöiltä saatuna rohkaisuna ja kokemustietona. Se ilmeni myös uusina ystävyssuhteina ja liikunnallisina harrastuksina. Rohkaistumisen myötä itsevarmuus lisääntyi ja itsenäinen selviytyminen arjessa koheni. Ryhmän kokoontumisten koettiin vaikuttaneen positiivisesti mielialaan.

Toimintakyvyssä osa kuntoutujista koki tapahtuneen muutoksia tasapainon hallinnan paranemisena tiedon saannin tai konkreettisen harjoittelun takia. Tasapainon hallinnan paraneminen lisäsi itsenäistä liikkumista eri ympäristöissä. Keittiötaidoissa koettiin positiivisia vaikutuksia sekä tiedon, että käytännön harjoitteiden takia.

Avh-ryhmällä koettiin olevan toimintakykyä edistäviä vaikutuksia osallistumiseen ja suoriin sekä ympäristö- ja yksilötekijöihin. Kuviossa 8. esitellään ICF-kehityksessä ryhmän osallistujien kokemat vaikutukset arkeen.

ICF	osa 1: Toimintakyky ja toimintarajoitteet		osa 2. Kontekstuaaliset tekijät	
Osa-alueet	Ruumiin/kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet	Suoritukset ja osallistuminen	Ympäristö-tekijät	Yksilö-tekijät
		+ itsenäisen asiointi ja asioiden hoitaminen kodin ulkopuolella lisääntyi + uusien liikuntaharrastusten aloittaminen + keittiötaitojen lisääntyminen (mm. leivän teko, juuresten käsittely) + liikkumisen lisääntyminen eri ympäristöissä ja maastoissa	+ uusien ystävyssuhteiden syntyminen + seuraa ja ohjelmaa - opittuja taitoja ei käytetty kotona puolesta tekemisen takia	+ itsevarmuus + mielialan kohentuminen + tieto pienapuvälineistä lisääntyi + tieto kaatumisesta (ylösnoususta) lisääntyi + tietoisuus omasta tasapainosta lisääntyi - epätasa-arvoisuuden kokeminen liikkumiskyvyn takia ryhmässä

KUVIO 8. Koetut vaikutukset

Tutkimustulokset on seuraavaksi kuvattu aihealueittain haastatteluteemojen mukaisesti kategorioiden. Esimerkkejä vastauksista esitetään tekstin elävöittämiseksi.

1. Millaiseksi koet terveydentilasi nyt?

Nykyinen terveydentila koettiin yleisesti hyväksi. Kukaan vastaajista ei kokenut kärsivänsä kivuista. Väsyneisyyttä (K3) ja jäykkyyttä (K5) koki osa vastaajista. Itsehillinnän (K1) haasteita ja huolta läheistensä pärjäämisestä koki eräs vastaajista. Yksi koki ärsyyntyminen liiasta avustumisesta vaikuttavan terveydentilaansa;

Ihan hyväksi(K2).

Osaatko eritellä mitään asioita tai vaikkapa ongelmia jotka vaikuttaisivat kokemaasi terveydentilaan (haastattelija)?

Ei ole mitään kipuja. Se ärsyttää kun xxx koskee ja auttaa väkisin kun siirryn(K2).

2. Millaiseksi olet kokenut tasapainosi viimeisen kuuden kuukauden aikana?

Tasapainon hallinta oli kuntoutujien kokemana osalla parantunut tasaisesti (K1,K4, K5). Osa koki tasapainon pysyneen ennallaan (K2, K3).

3. Onko kaatumisia tapahtunut, ja jos niin kuinka monta kertaa?

Kukaan vastaajista ei ollut kaatunut tai ei muistanut (K1) kaatuneensa viimeisen puolen vuoden aikana.

4. Muutitteko kotianne turvallisemmaksi ympäristöksi ryhmän jälkeen, ja jos niin miten?

Kukaan vastaajista ei tehnyt kotona toimenpiteitä muuttaakseen ympäristöä turvallisemmaksi ryhmän kokoontumisen jälkeen.

5. Miten liikuntatottumuksesi ovat muuttuneet viimeisen kuuden kuukauden aikana?

Liikuntatottumuksissa tapahtui muutoksia; osalla vastaajista liikuntatottumukset olivat pysyneet entisenlaisina (K2), osalla liikkuminen on vähentynyt (K3), osalla kävely oli lisääntynyt erilaissa ympäristöissä (K1, K5);

Kesällä kävelin mökillä vessaan polkua pitkin ja muutenki poluilla tuli käveltyä. Ihan yksin ja joo-o, ulkovessaan! Muttei pimeällä tietenkää.(K5.)

Kaksi vastaajista (K1, K4) oli aloittanut uinnin ryhmässä, kaksi (K1, K4) oli jo aloittanut ja yhdellä (K5) oli suunnitteilla ohjatun kuntosaliharjoittelun aloittaminen ryhmässä.

6. Millaisia konkreettisia muutoksia koet päivittäisessä toiminnassasi tapahtuneen verratessasi nykyhetkeä ryhmän kokoontumisajankohtaan?

Muutoksia toimintakyvyssä huomattiin keittiötoiminnoissa paranemisena (K2, K3, K5) sekä tasapainon hallinnan paranemisena (K1, K5).

Saammä kaupasta tuotua yhen kauppakassin ku toisella kädellä piän kaiteesta... Ei voi kyl paljoo kerralla tuua mut kuitenkin. (K1.)

Kaksi kuntoutujaa koki, ettei ryhmällä ollut mitään vaikutusta heidän toimintakykyynsä. Toinen heistä (K4) kertoo, että sairastumisesta on jo niin kauan, että ryhmän aihealueiden mukaiset tiedot ja taidot on ehditty jo oppia käytännössä. Toinen taas (K3) mainitsee, että muut asiat ovat vaikuttaneet hänen toimintakykyynsä ja jaksamiseen negatiivisesti. Ryhmässä opitut taidot ovat jääneet käyttämättä, kuten seuraava kommentti kertoo;

Siellä opin uusia asioita keittiössä. Joskus minä kuorin vihanneksia, niin hän sanoi että tekee kun siinä menee muuten niin kauan...(K3.)

7. Miten koet ryhmässä opittujen taitojen vaikuttaneen arkielämääsi?

Uusien ystävyssuhteiden syntyminen (K1) oli merkittävä asia. Vertaistuki vaikutti rohkeuteen aloittaa harrastus (K1) tai harkita uutta harrastusta (K5).

Uskalsin lähteä jumppaan kun oli kaveri. En ois muuten menny.(K1.)

Elämänpiiri laajeni kahdella vastaajista (K2, K3) kodin ulkopuolelle;

Hyvä, että kutsuttiin kun muuten oon vaan aina kotona (K2).

Mieliala koheni osalla ryhmäläisistä kokoontumisten myötä (K1, K2, K3);

On vähän parempi mieli(K1).

Mukavia ihmisiä ja se kyllä piristi(K2).

Ryhmä auttoi osaa myös itsenäistymään;

Uskallan paremmin tehdä asioita. Käyn mä enemmän itse kaupassa ja verovirastossakin... Ja oon maksanu laskujaki itse.(K1.)

8. Kerro mielipiteesi ryhmästä; esim. ilmapiiristä, järjestelyistä ja aiheisällöstä.

Ryhmän järjestelyt kuten tapaamisen kesto, paikka ja ohjaus koettiin yleisesti hyviksi ja toimiviksi. Yksi henkilö koki asemansa epätasa-arvoiseksi ryhmässä erilaisen liikkumiskyvyn vuoksi (K2). Käytännön harjoittelu mainittiin tärkeäksi tiedollisen annin tukena;

Kun koko ajan sairastumisen jälkeen tulee niin paljon kaikkea uutta niin hyvä harjoitella käytännössä(K4).

Kaikki vastaajat kokivat ohjaajat mukaviksi, kuten myös muut ryhmäläisetkin;

Hyvä ryhmähän se oli ja paljon tietoa. Ohjaajat oli mukavia ja juttu luisti. Kerro muuten terveisiä sinne!(K5.)

Aineiston analysoinnin tuloksena saatiin tietoa, mitkä ryhmätapaamisten aihealueet koettiin hyödyllisiksi. Näitä olivat erityisesti keittiötoimintojen ja pienapuvälineiden käytön harjoittelu (K2, K5, K3) sekä kaatumisen (lattialta ylösnousun) harjoittelu (K1, K5) ja tasapaino (K1, K5). Kodin turvallisuus- aihe ei aiheuttanut kenelläkään muutoksia kodissa eikä sitä koettu hyödylliseksi. Keskittyminen ja rentoutus -aihetta tai liikuntapiirakkaa ei myöskään koettu erityisen hyödylliseksi.

9. Kehittämisehdotuksia, toiveita

Toivottiin, että samassa ryhmässä osallistujat olisivat kaikki joko pyörätuolilla liikkujia tai pelkästään käveleviä (K2). Suurin osa haastatelluista olisi toivonut ryhmän jatkuvan edelleen (K1, K3, K5). Yksi ryhmäläisistä (K3) oli etsinyt samantapaista ryhmää myöhemmin koettuaan, että liikunnalliset ryhmät joita Lahdessa olisi tarjolla, eivät olleet mieluisia. Uusia aihepiirejä vastaajat eivät osanneet nimetä.

6.3 Havainnoinnin analysointi

Kotona tapahtuvan haastattelun yhteydessä havainnoitiin kuntoutujan toimintakykyä. Aineistoa kerättiin merkitsemällä päiväkirjanomaisesti ylös huomioita mm. jokaisen toimintakyvystä sekä mielialasta.

6.3.1 Havainnoinnin tulokset

Muistiinpanojen sisällöstä nousi esille sekä FIM- ja puolistrukturoitua haastattelua tukevia havaintoja, että tuloksiin nähden ristiriitaisia huomioita.

Kaikki kuntoutajat olivat mielissään siitä, että heidän kokemuksistaan, terveydentilastaan ja jaksamisestaan oltiin kiinnostuneita haastattelun merkeissä. Vaikutelma yksinäisyydestä tai virikkeiden puutteesta syntyi useamman vastaajan käyttäytymisestä.

Aineistonkeruun menetelmänä puolistrukturoitu haastattelu osoittautui siinä mielessä sopivaksi, että oletuksen mukaisesti kognitio kuten muisti ja puheen tuotto oli osalle kuntoutujista selkeästi haastavaa. Väljästi etenevä keskustelu antoi mahdollisuuden tarkentaa kysymyksiä tai auttaa sanojen löytämisessä tarvittaessa.

Kuntoutujien kokemus omasta toimintakyvystään FIM- mittarin osa-alueilla oli poikkeavaa opinnäytetyön tekijän suorittamaan havainnointiin verraten. Havainnoija olisi arvioinut toimintakyvyn suurimmilta osin kuntoutujien omaa kokemaa alemmaksi.

Vertaistukihenkilölle oli kehittynyt paljon käteviä selviytymisstrategioita päivittäiseen arkeen. Sen sijaan kuntoutajat, jotka vastaanottivat läheisiltä tai avustajilta runsaasti apua päivittäisiin toimintoihinsa, ei havainnoinnin perusteella ollut vastaavia strategioita, vaikka toimintakykynsä puolesta itsenäisempi toiminta olisi ollut mahdollista.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Puolistrukturoitu haastattelu antoi tietoa tilaajalle ryhmän kuntoutujien kokemuksista ryhmän hyödyllisyydestä tutkimukselle asetetun tarkoituksen mukaisesti. Haastattelun tuloksista saatiin esille ne kokoontumisten aihealueet, joita kukin ryhmään osallistunut kuntoutuja piti itselleen hyödyllisinä ja jotka edesauttoivat itsenäistä toimintakykyä.

Moniammatillinen voimaannuttava ryhmä aivoverenkiertohäiriön sairastaneille koettiin kaikkien osallistujien keskuudessa mieluisaksi kuntoutusmuodoksi ja neljä viidestä koki sen jollain tapaa hyödylliseksi toimintakyvyllään. Kuntoutujat kokivat sisäisen voimantunteensa ja itsenäisyytensä vahvistuneen ryhmään liittyvien positiivisten kokemusten kautta. Sosiaalinen tuki nousi haastattelussa keskeiseksi itsenäistä toimintakykyä ja voimaantumista edesauttavaksi asiaksi. FIM-aineiston mukaan toimintakyky parani keskimäärin 2,7 % seurantajakson aikana. Koska tutkimuksessa ei ollut vertailua ryhmään ilman ryhmäkuntoutusta, ei ole mahdollista saada tietoa, kuinka paljon toimintakyky olisi muuttunut paremmaksi muutenkin puolen vuoden aikana.

FIM-tulokset olivat monessa suhteessa kuntoutujien kokemana erilaiset kuin ammattilaisen arvioimana; pisteet motorisesta ja kognitiivisesta toimintakyvystä olisivat havainnoiden olleet pistemäärältään alemmat. Kuntoutujat, joilla kognitiivisia oireita oli enemmän, arvioivat suhteessa muihin kuntoutujiin toimintakykynsä paremmaksi. Mm. muisti arvioitiin pisteytyksen tasolle 6, joka tarkoittaa lähes itsenäistä. Kuitenkaan kyseinen kuntoutuja ei osannut kertoa osoitettaan minulle tapaamista sovittaessa.

Haastattelussa, kuin myös käytetyssä FIM-toimintakyvyn mittarissa kohosi esille se, kuinka AVH:n sairastamisesta kulunut aika on verrannollinen uusien taitojen oppimiseen. 10 vuotta sitten AVH:n sairastanut vertaistukihenkilö antoi paljon tukea muille ryhmäläisille, vaikkei haastattelun perusteella itse kokenutkaan ryhmän tuoneen enää tukea tai taitoja omaan arkeensa. FIM-mittarin perusteella koettu toimintakyky kuitenkin koheni arvioiden välillä.

Ryhmän koettuun hyödyllisyyteen toimintakyvyn kannalta vaikutti haastattelun tulosten, sekä havaintojeni perusteella paitsi kuntoutujan oma, myös läheisten

tietoisuus kuntoutujan toimintakyvyn sallimista mahdollisuuksista toimia arjessa ja heidän asenteensa avustamiseen. Jos kuntoutuja oli motivoitunut uusien taitojen harjoitteluun arjessa, nämä taidot paranivat. Mikäli arjessa tuli selviytyä ainakin osan aikaa itsenäisesti, oli uusia käteviä selvitymisstrategioita syntynyt arkeen. Jos läheiset tai hoitohenkilökunta tekivät kuntoutujan puolesta asioita joihin tämä kykenisi itsekin, tuli kuntoutujasta passiivisempi toimija. Täten toimintakyky saattoi jopa FIM- tulosten perusteella laskea tai ryhmällä ei haastattelussa koettu olevan yhtäläillä vaikuttavuutta verraten aktiivisempiin toimijoihin. Hyvä kuntoutuskäytäntö suosittaa (Paltamaa ym.2011, 229) läheisten henkilöiden ohjauksen liittämistä terapiaan. Herää ajatus, tulisiko kuntoutujien läheisiä osallistaa tulevaisuudessa vastaaviin ryhmiin, jotta heidän tietonsa vuorovaikutuksesta, toimintakyvyn mahdollisuuksista ja itsenäisyyden tukemisesta lisääntyisi?

FIM täydentää sovelletusti käytettynä mittarina puolistrukturoitua haastattelua AVH-kuntoutujilla mitatessa ryhmän hyödyllisyyttä. Haastattelun tulokset tukivat kuntoutujien FIM-arviota toimintakyvystään. IKÄ-hankkeessa FIM:in erottelukyky ei riittänyt, koska ikäihmisten toimintakyvyn ongelmat eivät olleet akuutteja ja osalla toimintakyky oli ollut jo tutkimuksen alkuvaiheessa heikko pidempään jatkuneena tilana. Vuonna 2010 valmistuneen hankeraportin mukaan FIM-mittari ilmaisseekin muutosta paremmin silloin, kun kuntoutuja kuntoutuu äkillisestä sairaudesta tai tapaturmasta (Hinkka & Karppi 2010, 60).

Havainnointi tuki toista FIM-haastattelua auttamalla määrittelemään lisäkysymyksiä kutakin arviointialuetta koskien nähdessäni kuntoutujan todellisen toimintakyvyn omassa kotonaan.

8 JATKOKEHITYSIDEAT

Vahvaa kansainvälistä tutkimusnäyttöä nousi esille elinympäristössä tapahtuvan terapian hyödyllisyydestä kuntoutujan toimintakyvylle verrattuna perinteiseen terapiaympäristöön (Outpatient Service Trialists, 2003; Ytterberg ym.2010).

Kotona toteutettavaa moniammatillista kuntoutusta voidaankin suositella perusterveydenhuollon lääkinnällisen kuntoutuksen kehityskohteeksi.

Opinnäytetyön aiheena kirjallisuuskatsaus AVH-kotikuntoutuksen vaikuttavuutta käsittelevistä tutkimuksista olisi hyödyllinen neurologisen kuntoutuksen kehittämisen kannalta.

Parkkonen P. (2011) opinnäytetyössä on tutkittu Mikkeliissä toteutettunutta Altti-projektia, jossa toiminnallisen AVH-ryhmän osallistujien kokemuksia ryhmästä kartoitettiin. Mielekkäimmiksi ja voimaannuttavimmiksi tapaamiskerroiksi nousivat kulttuurin parissa toteutetut kokoontumiset. Tutkimusten (Outpatient Service Trialists 2003; Paltamaa ym.2011) sekä Altti-projektista saadun kokemuksen perusteella jatkossa voidaankin suositella AVH-ryhmän toteutusympäristöksi joillakin toteutuskerroilla esimerkiksi harrastuksiin liittyvää ympäristöä.

Vastaajilta ei niinkään tullut suoraan kehitysideoita, mutta esille nousseiden kokemusten perusteella voidaan todeta, että aiemmin AVH:n sairastaneen vertaistukihenkilön osallistuminen ryhmään oli tärkeä osa ryhmän antia. Avh-ryhmän osallistujien kokemusten sekä Mikkonen I. (2009) sairastuneen vertaistukea tutkineen väitöskirjan perusteella voidaan suositella, että tulevaisuudessa järjestettäviin voimaannuttaviin AVH-ryhmiin olisi erittäin hyödyllistä saada mukaan vertaistukihenkilö.

Lähipiirin, kuten omaisen tai avustajan osallistaminen ryhmään olisi hyödyllistä vuorovaikutuksen, kuntoutujan toimintakykyä ja itsenäisyyttä tukevan avustamisen kehittämiseksi ja tiedon saannin takia (Paltamaa ym.2011, 229).

Osaa ryhmätapaamisten aiheista ei koettu hyödyllisiksi, joten niiden tilalle tai niitä muokkaamalla olisi ryhmästä mahdollista saada vaikuttavampi. Tulevien ryhmien osallistujien yksilöllisiä tavoitteita kuntoutumisen suhteen,

mielenkiinnon kohteita ja arjen haasteita olisi hyödyllistä kartoittaa etukäteen jo ryhmää suunniteltaessa tai ensimmäisellä toteutuskerralla.

Tehtäväkeskeinen harjoittelu parantaa sairastuneen toiminnallista ennustetta (Suomalainen lääkäriseura Duodecim & Suomen akatemia 2008, 1.5). Myös haastattelun perusteella kuntoutujat kokivat toiminnalliset harjoitteet mielekkäimmiksi ja hyödyllisimmiksi toimintakyvyilleen. Näin ollen voidaan suositella tehtäväkeskeisiä lähestymistapoja toteutuksiin ja niiden tueksi tiedon antoa.

Jatkossa olisi hyödyllistä tehdä opinnäytetyö vastaavasta AVH-ryhmästä moniammatillisena opiskelijatyönä toteutettuna. Esimerkiksi fysioterapeutti- ja toimintaterapeuttiopiskelijan yhteinen työpanos toisi laajempaa näkökulmaa ja lisää resursseja opinnäytetyön toteutukseen. Avh-ryhmän vaikuttavuutta olisi hyödyllistä tutkia käyttämällä haastattelun lisäksi TOIMIA- kansallisessa asiantuntijaverkostossa suositeltuja mittareita standardoidusti toimintakyvyn muutoksia mittaamaan.

9 POHDINTA

Opinnäytetyössä tuotetaan tavoitteen mukaisesti raportti AVH-ryhmän osallistujien kokemuksista ryhmästä sekä sen vaikutuksista toimintakyvylleen. Toimeksiantaja saa tarkoituksenmukaista tietoa, jota voidaan käyttää AVH-kuntoutuksen ja ryhmätoiminnan kehittämiseen. Paltamaan ym. (2011) mukaan kuntoutuksen vaikuttavuuden mittauksessa tulisi kokemusten lisäksi käyttää standardoituja mittareita, jotta mittaustulos olisi todenmukainen. Opinnäytetyö on rajattu kuitenkin käsittelemään vain ryhmän osallistujien omia kokemuksia joten vaikuttavuudesta ei käytetyillä menetelmillä saada kattavaa tietoa.

Vahvaan tutkimusnäyttöön (A) perustuvia fysioterapiamuotoja ei käytetty avh-ryhmässä. Sjögrenin ym. (2008) tutkimuksessa mainitut terapiamuodot ovatkin pääosin paremmin sovellettavissa yksilöterapiaan. Osa tutkitusti vaikuttavista fysio- ja toimintaterapeuttien käyttämistä terapiamuodoista näytöllä B - C, kuten halvaantuneen yläraajan pakotettu harjoittelu kuitenkin saattaisivat olla toteutettavissa myös ryhmässä.

Mikkonen (2009) on tutkinut väitöskirjassaan vertaistuen merkitystä sairastuneelle. Vertaistuen merkityksissä opinnäytetyön avh-ryhmälle, kuin myös väitöskirjassa tutkituille ryhmille löytyi yhteneväisyyksiä. Vertaistuki ulottuu sellaisille alueille, joihin julkisella tuella ei ole resursseja tai mahdollisuuksia, kuten harrastukset ja jokapäiväistä elämää koskeva kokemustieto. Vertaistuki ei korvaa ammattilaistukea, vaan toimii sen rinnalla täydentäen toisiaan.

Väitöskirjan mukaan ilman vertaistukea sairastuneet joutuisivat tukeutumaan enemmän sosiaali- ja terveystalouteen. (Mikkonen 2009.) Myös Peoples, Satink & Estherin (2011) tutkimuksen mukaan AVH-kuntoutujat kokevat mahdollisuuden jakaa kokemuksia ja tunteita vertaisten kanssa tukevan voimaantumistaan kuntoutusprosessin aikana. Nykyiset perusterveydenhuollon resurssit huomioiden (Valtiontalouden tarkastusvirasto 193/2009) lieneekin järkevää hyödyntää vertaistukea kuntoutuksessa, kuten opinnäytetyön avh-ryhmässäkin on käytetty.

Kuntoutuksen asiakaslähtöisyys, kuntoutuksen ammattilaisen osoittama yksilöllisyyden huomiointi, rohkaisu, kunnioitus, kuuntelu sekä empatia ovat

Peoples ym. (2011) mukaan seikkoja, joiden AVH-kuntoutujat kokevat vaikuttavan edesauttavasti voimaantumiseensa sekä itsenäisyyteensä.

Tiedonsaannin kuntoutusprosessin aikana koetaan auttavan aktiivisen roolin ottamisessa kuntoutuksessa. Negatiivisesti voimaantumiseen koetaan vaikuttavan kuntoutuksen keskittyminen pelkästään fyysisiin osa-alueisiin tai ammattilaisten epäkunnioittava sekä holhoava käytös. (Peoples ym.2011.) Myös opinnäytetyössä tutkittu Voimaannuttava AVH-ryhmä käsitteli monipuolisesti elämän osa-alueita, ja ryhmän vetäjien vuorovaikutustaidot ja asenne kuntoutujia kohtaan koettiin voimaannuttavaksi. Ryhmän voidaan siis päätellä onnistuneen voimaantumista edistävässä tavoitteessaan.

Moniammatillisesti toteutetun AVH-ryhmän vaikuttavuudesta ei ole vielä paljoakaan tutkimustietoa, mutta tämänkaltaisen kustannustehokas ja sosiaalista tukea antava kuntoutusmuoto tulee olemaan tulevaisuutta.

9.1 Luotettavuus, eettisyys

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta parantaa tutkimusvaiheet lukijalle avaava tarkka tutkimusselostus, sekä aineiston olosuhteiden totuudenmukainen kuvaaminen (Hirsjärvi ym. 2009). Opinnäytetyössä kirjattiin ja kuvailtiin tutkimusmenetelmien valinta, toteutus vaiheittain ja tulokset tarkasti.

Triangulaatio aineistonkeruumenetelmänä voi parantaa tutkimuksen luotettavuutta, koska sen avulla saadaan yhdistettyä eri näkökulmia tutkittavasta aiheesta. Aineistonkeruumenetelmien tulee olla harkittuja niin, että ne tuottavat tavoiteltavaa tietoa (Tuomi ym.2009, 142 – 143). Opinnäytetyössä kerättiin tietoa tutkittavasta aiheesta monipuolisin aineistonkeruumenetelmin toimeksiantajan kanssa määriteltyjen tavoitteiden saavuttamiseksi.

Aineistonkeruussa luotettavuutta olisi voinut lisätä ensimmäisenkin FIM:in toteutus kasvotusten. Puhelimitse käydyssä keskustelussa ei luottamuksellinen, turvallinen vuorovaikutus vaikuttanut toteutuvan samalla tavoin kuin kasvotusten. Mahdollisesti tästä johtuen etenkin intiimeihin (virtсарakon ja peräsuolen halinta) FIM-kysymyksiin liittyvät vastaukset kenties poikkesivat toisistaan niinkin

radikaalisti kolmen ja kuuden kuukauden kohdalla. Luotettavuuteen vaikuttaa myös se, että FIM:in käyttö edellyttää FIM-koulutusta, jota opinnäytetyön tekijällä ei toteutusvaiheessa ollut. Lisäksi FIM-mittaria on käytetty soveltaen haastateltuna, jolloin tuloksiin tulee suhtautua kriittisesti. Kun FIM-arviointi toteutetaan standardin mukaisesti havainnoiden, saadaan totuudenmukainen tulos toimintakyvystä. On kuitenkin pidettävä mielessä, että vaikka FIM ei opinnäytetyössä mittaa luotettavasti toimintakykyä, tarkoituksena onkin kartoittaa kuntoutujien omaa kokemusta pärjäämisestään.

Puolistrukturoidun haastattelun vastauksiin todennäköisesti vaikutti ryhmän loppumisesta kulunut pitkä aika. Jos kognitiossa (esim.muistissa) oli ongelmaa, esimerkiksi ryhmän aiheita koskeviin kysymyksiin vaikutti olevan haastavaa vastata. AVH:n mahdollisesti aiheuttamat kognition haasteet saattoivat vaikuttaa myös FIM-mittarin osa-alueita koskevien kysymysten ymmärtämiseen ja sitä kautta toimintakykyä ja sen muutoksia kuvaaviin tuloksiin.

Eettisyys on otettu huomioon tutkimuksessani Kuula (2006, 106) mukaan hyvän tutkimuskäytännön mukaisesti kysymällä ryhmäläisiltä kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Ryhmäläisille on selitetty tutkimuksessa käytettävät tiedonkeruumenetelmät, tutkimuksen kulku, sekä sen tavoite ennen suostumuksen pyytämistä. Hyvä tutkimuskäytäntö edellyttää perusteltua tutkimusaihetta; kyseiselle tutkimukselle oli selkeä tarve, kun pyrittiin tarvelähtöisesti selvittämään tämänlaisen ryhmämuotoisen kuntoutuksen hyödyllisyyttä Lahden alueella.

Aineiston analyysissä ja raportoinnissa tulee ottaa huomioon luottamuksellisuus ja anonymiteetti (Kuula 2006, 86 – 90). Haastateltujen henkilöllisyys tai sukupuoli ei tule esille julkaistavassa tutkimuksessa. Aineisto on säilytetty asianmukaisesti ja sekä paperinen, että sähköinen aineisto tullaan hävittämään prosessin päätyttyä.

Hyvä tutkimuskäytäntö kuvaa tutkijan eettiseksi velvollisuudeksi raportoida tutkimustulokset mahdollisimman rehellisesti ja tarkasti (Saaranen-Kauppinen ym.2006; Tuomi ym.2009, 150 – 159). Opinnäytetyö kirjoitettiin perinteisen tutkimusraportin muotoon, jotta se olisi selkeämpi sekä koota, että lukea.

Lahden kaupungin sosiaali- ja terveysalan Vanhusten palveluiden ja kuntoutuksen johtavalta ylilääkäriltä on anottu ja saatu opinnäytetyölle tutkimuslupa.

9.2 Opinnäytetyö oppimisprosessina

Työharjoittelussa neurologisella kuntoutusosastolla L51 Lahden kaupunginsairaalassa tutustuin toimeksiantajaan. Ilmaisin harjoittelussa kiinnostukseni tehdä opinnäytetyö lääkinnälliselle kuntoutukselle ja varsin pian tarvelähtöinen aihe löytyi keskusteluissa neurologisen kuntoutusosaston fysioterapeuttien kanssa. Samalla oma kiinnostukseni neurologiseen fysioterapiaan oli herännyt ja omaksi tulevaisuuden haaveekseni sekä tavoitteekseni muodostui erikoistua tähän. Tutkimuksen avulla syntyi mahdollisuus lisätä tietoutta ja paneutua aiheeseen, sekä sain hyvän yhteyden työelämään.

Opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa en osannut arvioida, kuinka paljon aikaa mikäkin työvaihe tulisi viemään. Aiheen rajaus oli haastavaa, mutta konkretisoitui prosessin edetessä tietoperustaa sekä analysointia tehdessä. Rajalliset resurssit yksin tehdyn opinnäytetyön työmäärässä ja ajankäytössä määrittelivät haastattelujen muodot tietyntyylisiksi. Jouduin rajaamaan puolistrukturoidusta haastattelusta saatua aineistoa alkuperäistä suunnitelmaani tiukemmin teemoja vastaamaan ajallisten resurssien takia. Mikäli tekisin saman työn uudestaan, osaisin arvioida resurssit paremmin. Joko tekisin työn parin kanssa, jolloin kummallakin haastattelukerralla henkilökohtainen tapaaminen mahdollistuisi tai yksin tehdessäni supistaisin aineistonkeruumenetelmiä kolmesta yhteen tai kahteen jolloin työmäärä olisi realistisempi opinnäytetyön laajuuteen nähden. Työparina toimintaterapeutti olisi tuonut työhön lisää syvyyttä ja toimintaterapian näkökulman paremmin esille. Pyrin kuitenkin käsittelemään toimintakykyä ja kokemuksia ICF-näkökulmasta, joka on kaikille erityistyöntekijöille yhteinen väline.

Omat oppimistavoitteeni opinnäytetyön tekijänä täyttyivät. Tietoni paranivat huomattavasti subakuutin-kroonisen vaiheen avh-kuntoutuksen toimintakyvystä ja itsenäisen arjessa selviytymisen haasteista työn myötä. Koen, että sain käytännön- sekä teoretietoa neurologisen kuntoutuksen kehittämisestä ja etenkin

moniammatillisesta ryhmätoiminnasta. Sain työn myötä jalansijaa työelämään joka kenties edesauttoi sitä, että opinnäytetyön aikana työllistyin kokopäiväisesti toimeksiantajalle.

Tiedon etsiminen oli yllättävän aikaavievää ja opin suhtautumaan kriittisemmin lähteisiin. Pyrin etsimään mm. järjestelmällisiä kirjallisuuskatsauksia tiedonhaun nopeuttamiseksi luotettavuudesta tinkimättä. Ulkomaalaisia lähteitä olisin toivonut löytäväni enemmän, mutta monet mahdollisesti tutkimukselle hyödylliset löytämäni lähteet olivat maksullisia. AVH-kuntoutuksen moniammatillisesta ryhmämuotoisen terapian vaikuttavuudesta en löytänyt luotettavaa aineistoa. Samaan ongelmaan törmäsi samankaltaista AVH-pilottiryhmää Mikkeliissä tutkinut opinnäytetyöntekijä Parkkonen Piia (2011). Löytämäni aineisto käsitteli yleensä fyysisen kuntoutuksen vaikuttavuutta, esimerkkinä kiertoarjoittelua tai yksilöfysioterapiaa. Tiedonhaussa törmäsin usein tutkimuksiin kotona toteutetusta terapiasta verrattuna laitoksessa tapahtuvaan terapiaan. Etsin opinnäytetyöhön tietoperustaa tietokannoista (mm. Pubmed, Medic, Ebsco), virallistietolähteistä, kirjallisista julkaistuista materiaaleista, sekä lukemieni tutkimusten ja opinnäytetöiden lähdeluetteloiden avulla. Lisäksi käytin työssä muutamia tiiviisti aiheeseen liittyviä ja tarpeellisia julkaisemattomia lähteitä.

9.3 Aikataulu ja toteutus

Opinnäytetyön aihe täsmentyi keväällä 2012, jonka jälkeen opinnäytetyöprosessi käynnistyi, tietoperustan kirjoittaminen alkoi ja suunnitelma esitettiin toukokuussa. Tutkimusluvan saamisen jälkeen kesällä ja syksyllä 2012 toteutettiin aineiston keräys. Alkuperäisenä suunnitelmana oli analysoida aineisto ja saattaa opinnäytetyö loppuun kevään 2013 aikana, mutta joulukuussa 2012 opinnäytetyön tekijä työllistyi yllätyksekseen pidempiaikaiseen työsuhteeseen toimeksiantajalle, joten aikataulu niin opinnäytetyön kuin muidenkin jäljellä olevien opintojen sekä valmistumisen suhteen viivästyi sovitusti. Työelämän pikkuhiljaa alkaessa rutinoitua, saatettiin loppusyksyn 2013 ja talven 2014 aikana palata työn ja opintojen ohessa opinnäytetyön työstimisen pariin. Paine tutkimuksen valmistumiselle alkoi olla kova, koska pilottihanketta vastaavaa AVH-ryhmätoimintaa Lahden kaupungin lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämänä

suunniteltiin alkamaan keväällä 2014. Tammikuussa 2014 työn analysointi ja raportti viimein valmistui joten opinnäytetyöprosessi saatiin päätökseen helmikuussa.

Opinnäytetyö toteutettiin yksilötyönä. Taloudellisista resursseista kuten puhelinkustannuksista sekä matkakuluista haastatteluihin vastasi opinnäytetyön tekijä. Toimeksiantaja- työnantaja jousti tekijän työvuoroissa haastattelujen, sekä muiden opinnäytetyöhön liittyvien poissaolojen takia.

LÄHTEET

Aivoinfarkti. 2011. Käypähoito-suositus. Suomalainen lääkäriseura Duodecimin ja Suomen neurologinen Yhdistys Ry:n asettama työryhmä. [viitattu 18.5.2012] saatavilla: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50051.pdf>

Graven, C., Brock, K., Hill, K., Ames, D., Cotton, S. & Joubert, L. 2011. From rehabilitation to recovery: protocol for a randomised controlled trial evaluating a goalbased intervention to reduce depression and facilitate participation post-stroke. BMC Neurology 2011: 11:73. Ebsco. [viitattu 3.2.2014] saatavilla: <http://web.a.ebscohost.com.aineistot.phkk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=13&sid=44e19e09-6265-4953-ab5b-fef65227f47c%40sessionmgr4004&hid=4106>

Heinonen, K. 2012. Neuron- hanke. Raportti. Lahden kaupungin lääkinnällinen kuntoutus.

Hinkka, K. & Karppi, L. (toim.) 2010. IKÄ-kuntoutus. Heikkokuntoisten ikäihmisten verkostomallisen kuntoutuksen toteutuminen ja vaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysalan tutkimuksia 112. Helsinki: KELA:n tutkimusosasto [viitattu 20.9.2013] saatavilla: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/18058/Tutkimuksia112.pdf?sequence=1>

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2010. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus

Hokkanen, L.1999. Palkattu vertaistuki. Teoksessa Haastava kolmas sektori: Pohdintoja tutkimuksen ja toiminnan moninaisuudesta. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto. sivut 136 – 157.

KELA. 2010. Kelan terminologinen sanasto. Terveysteen liittyvät käsitteet. Helsinki: Sanastokeskus TSK. [viitattu 21.9.2013] saatavilla: http://www.tsk.fi/tiedostot/pdf/Kelan_terminologinen_sanasto_1.pdf

Kallanranta, T. 2002. Neurologisen kuntoutuksen vaikuttavuus. Teoksessa Kannattaako kuntoutus. Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta. STAKES. Raportteja 267. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy. sivut 99 – 107.

Kaste, M., Hernesniemi, J., Kotila, M., Lepäntalo, M., Lindsberg, P., Palomäki, H., Roine, R.-O. & Sivenius, J. 2007. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa Neurologia. Duodecim. 2 – 3.painos 2007. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. sivut 271 – 331.

Klemola, L. 2013. FIM-mittari. Finnish Consulting Group. [viitattu 26.12.2013] saatavilla: <http://www.fimmittari.fi/fim-mittari>

Kuntaliitto. 2012. Sairaanhoidopiirit, keskussairaalat, sairaanhoidon erityisvastualueet ja erityishuoltopiirit 2012. [viitattu 24.5.2013] saatavilla: <http://www.kunnat.net/fi/kunnat/sairaanhoitopiirit/kartat/Documents/SOTE-ALUEJAOT-2-2012.pdf>

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka: aineiston hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.

Luttinen, T. 2012. Toimintakertomuslukuja osasto L51. Lahden kaupunginsairaala. Vuosi 2012.

Mikkonen, I. 2009. Sairastuneen vertaistuki. Peer Support in Different Illness Groups. Akateeminen väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E, Yhteiskuntatieteet 173. Kuopion Yliopisto. Kuopio: Kopijyvä [viitattu 15.12.2013] saatavilla: http://publications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1303-5/urn_isbn_978-951-27-1303-5.pdf

Outpatient Service Trialists. 2003. Therapy-based rehabilitation services for stroke patients at home. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003. Issue 1. CD002925. PubMed. [viitattu 18.1.2014] saatavilla: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002925/pdf>

Paltamaa, J., Karhula, M., Suomela-Markkanen, T. & Autti-Rämö, I. (toim.) 2011a. Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon

analyysistä suosituksiin vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Helsinki: Kelan tutkimusosasto. [viitattu 21.9.2013] saatavilla:

<http://www.sosiaaliportti.fi/File/69c1d762-3d9e-46af-b554-b7bb7e3bb084/Hyvan+kuntoutuskaytannon+perusta.pdf>

Paltamaa, J., Peurala, S. & työryhmä. 2011b. Aivoverenkiertohäiriö- ja MS-kuntoutuksen liikkumisen ja osallistumisen arviointi. TOIMIA –toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. 28.11.2011. [viitattu 29.12.2013] saatavilla:

http://www.toimia.fi/img/Paltamaa_ja_Peurala_110128.pdf

Parkkonen, P. 2011. Toiminnallinen ryhmä aivoverenkiertohäiriöstä kuntoutuvaan tukena. Opinnäytetyö. Mikkelin ammattikorkeakoulu. [viitattu 30.12.2013]

saatavilla: http://theseus17-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/33645/pia_parkkonen.pdf?sequence=1

Peoples, H., Satink, T. & Steultjens, E. 2011. Stroke survivors' experiences of rehabilitation: A systematic review of qualitative studies. Scandinavian Journal of Occupational Therapy (2011) 18: 163 – 171. Ebsco. [viitattu 2.2.2014] saatavilla:

<http://web.a.ebscohost.com/aineistot.phkk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=0dc4c6e6-c661-492b-be57-70382c2afc69%40sessionmgr4002&hid=4207>

Rissanen, P. & Aalto A.-M., 2002. Yhteenveto kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnista. Teoksessa Kannattaako kuntoutus. Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta. STAKES. Raportteja 267. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino oy. sivut 1 – 26.

Saaranen-Kauppinen A. & Puusniekka A. 2006. KvaliMOTV-menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto.

[viitattu 6.3.2013] saatavilla: www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali

Siitonen, J. 1999. Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Oulun yliopisto. Oulu: Oulu university library. [viitattu 1.2.2014] saatavilla:

<http://herkules oulu.fi/isbn951425340X/isbn951425340X.pdf>

Sivenius, J. 2008. Kuntoutuksen vaikuttavuus tutkimuksen valossa- AVH.

Teoksessa Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus. Konsensuskokous 2008.

Fokuksessa aivoverenkiertohäiriöt ja aivovammat. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Suomen akatemia. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy. sivut 24 – 31.

Sjögren, T., Paltamaa, J., Peurala, S., Heinonen, A. 2008. Fysioterapian vaikuttavuus AVH-potilaiden kuntoutuksessa: järjestelmällisten kirjallisuuskatsausten analyysi ja kuntoutuksen nykykäytäntöjen selvitys. Teoksessa Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus. Konsensuskokous 2008. Fokuksessa aivoverenkiertohäiriöt ja aivovammat. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Suomen akatemia. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy. sivut 77 – 93.

Sosiaaliporssi.fi. 2013. Toimintakyvyn arviointi. Vammaispalvelujen käsikirja. Copyright: Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos THL. [viitattu 18.1.2014] saatavilla: <http://www.sosiaaliporssi.fi/fi-FI/vammaispalvelujen-kasikirja/tyovalineitat/arviointimenetelmia/toimintakyvyn-arviointi/>

STAKES. 2009. ICF- toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Ohjeita ja luokituksia 2004:4. Jyväskylä: Gummerus.

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim & Suomen Akatemia. 2008. Konsensuslausuma. Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus. Fokuksessa aivoverenkiertohäiriöt ja aivovammat. [viitattu 18.1.2014] saatavilla: <http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f231511789/kuntoutuksenkonsensuslausuma2008.pdf>

Talvitie, U., Ahola, S., Sihvonen, S., Taivassalo, R., Turunen, U. & Urho, N. 1996 Aivoverenkiertohäiriöisten toimintakyvyn arviointi fysioterapiassa. Fysioterapian kehittämisprojekti Jorvin sairaalassa. Terveystieteen laitoksen julkaisuja 6/1996. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013a. Aivohalvaukset 2A, 2B, 2C & 2D. Sydän- ja verisuonitautien rekisterin tilastotietokanta. [viitattu 24.5.2013] saatavilla: <http://www3.thl.fi/stat/>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013b. Perusraportit. Perfect- Aivohalvaus. [viitattu 24.9.2013] saatavilla: http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/perfect/aivohalvaus/perusraportit

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5., uud. laitos. Helsinki: Tammi

Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus 193/2009. 2009. Lääkinnällinen kuntoutus. Helsinki: Edita Prima Oy [viitattu 9.1.2014] saatavilla:

http://www.vtv.fi/files/1837/1932009_Laakinnallinen_kuntoutus_netti.pdf

Wallace, D., Duncan, P. & Lai, S. 2002. Comparison of the responsiveness of the Barthel Index and the Motor Component of the Functional Independence Measure in stroke. The impact of using different methods for measuring responsiveness. Journal of Clinical Epidemiology 55: 922 – 928. USA: Elsevier Science Inc.

Wallin, M. & Vaara, M. 2003. FIM 5.0 toimintakykymittarin käyttö IKÄ-hankkeessa. Menetelmän kuvaus. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita. Helsinki: KELA:n tutkimusosasto [viitattu 20.9.2013] saatavilla:

<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10250/3372/Fim3.pdf?sequence=2>

Ytterberg C., Thorsen A-M., Liljedahl M., Widen Holmqvist L., von Koch L., 2010. Changes in perceived health between one and five years after stroke: A randomized controlled trial of early supported discharge with continued rehabilitation at home versus conventional rehabilitation. Journal of the Neurological sciences 294 (2010): 86-88. Elsevier

LIITTEET

NIMI	kja 1		kja 2		kja 3		kja 4		kja 5	
	3kk	6kk	3kk	6kk	3kk	6kk	3kk	6kk	3kk	6kk
ruokailu	6	6	5	5	6	7	5	6	6	6
siistiytyminen	7	7	6	6	6	7	6	7	6	7
peseytyminen	6	6	2	2	3	4	6	7	4	2
pukeutuminen ylävartalo	6	6	2	2	4	6	7	6	6	6
pukeutuminen alavartalo	6	6	2	2	6	6	7	6	4	6
wc-toimet	6	6	2	2	6	6	7	7	6	6
virtсарakon hallinta	7	7	2	2	7	7	7	6	7	5
peräsuolen hallinta	7	7	6	2	7	6	7	7	7	6
siirtyminen: sänky, tuoli, p.tuoli	6	6	5	5	6	6	6	7	6	7
siirtyminen: wc	6	6	6	4	6	6	6	7	6	6
siirtyminen: amme tai suihku	6	7	3	5	5	6	6	7	5	6
liikkuminen: kävely/p.tuoli	6	6	6	6	5	6	6	6	6	6
liikkuminen: portaat	6	6	1	1	6	6	5	6	4	6
MOTORISET YHTEENSÄ (-/91p)	81	82	48	44	73	79	81	85	73	75
prosentuaalinen osuus	89,0%	90,1%	52,7%	48,4%	80,2%	86,8%	89,0%	93,4%	80,2%	82,4%
Muutos %		1,1%		-4,4%		6,6%		4,4%		2,2%
KONGNITIIVISET										
ymmärtäminen	6	6	6	7	6	7	6	7	6	7
ilmaisu	6	6	6	6	7	7	6	7	7	7
sosiaalinen vuorovaikutus	6	6	6	6	7	6	6	6	7	7
ongelman ratkaisu	5	6	5	5	6	6	6	7	7	7
muisti	6	6	6	6	3	5	7	7	7	7
KOGNITIIVISET YHTEENSÄ (-/35p)	29	30	29	30	29	31	31	34	34	35
prosentti osuus	82,9%	85,7%	82,9%	85,7%	82,9%	88,6%	88,6%	97,1%	97,1%	100,0%
muutos		2,9%		2,9%		5,7%		8,6%		2,9%
YHTEISPISTEET (-/126p)	110	112	77	74	102	110	112	119	107	110
prosentti osuus	87,3%	88,9%	61,1%	58,7%	81,0%	87,3%	88,9%	94,4%	84,9%	87,3%
muutos		1,6%		-2,4%		6,3%		5,6%		2,4%

Liite 1. FIM- tulokset

TERVETULOA
AIVOVERENKIERTOHAIRIÖN SAIRASTANEIDEN
RYHMÄÄN!

Aika: 20.3 - 24.4.2012
tiistaisin ja torstaisin klo 14 - 15
Paikka: Lahden kaupunginsairaalan
fysio- ja toimintaterapiaosaston tiloissa 1K-kerroksessa.

Ryhmän ohjaajina toimivat Lahden kaupungin fysioterapeutit ja toimintaterapeutit.

Ryhmään on valittu sairaalasta lähiaikanakotiutuvia ja jo kotiutuneita kuntoutujia. Ryhmän tavoitteena on tukea omatoimisuuteen päivittäisissä toiminnoissa ja antaa vertaistukea.

Ryhmän päätyttyä pidetään vuoden sisällä kaksi seurantakokousta. Toivomme sitoutumista ryhmään koko sen toiminnan ajaksi.

Huomioithan etukäteisjärjestelyt ennen ryhmän alkua esim. matkaan tarvitsemasi ajan, jotta olet valmiina aloittamaan klo 14.

Ryhmä on maksuton. Matkakulut ovat omakustanteiset.
Tarvittaessa voit ottaa yhteyttä terapeuttiisi tai fysioterapeutti Kati Heinoseen p.xxx

TAVATAAN PIAN!

Liite 2. Kutsu ryhmään

Kokoontumisten aiheet	
1.	Tutustuminen, ryhmän säännöt, sitoutuminen ja tavoitteet (ryhmän/henkilökohtaiset)
2.	Tasapaino ja tukeutuminen, TONUS, jalkineen vaikutus tasapainoon
3.	Tasapaino (lattialta ylöspääsy: kääntymiset, toispolviseisonta)
4.	Koti ympäristönä ja omainen halutessaan mukana, pukeminen/riisuminen
5.	Keittiötoiminnot, esim.kuoriminen+päivittäistoimien apuvälineet-hedelmäraha/salaatti?
6.	Pöytätason tehtävät, keskusteleva korttipeli/psykoterapiaosuutta?
7.	Soveltava liikuntapiirakka + liikunnan vaikutus
8.	Ulkona liikkuminen
9.	Lopputestauksia, ei varsinaista ryhmäkertaa
10.	Keittiötoimet (leivonta/voileipä)+testitulosten läpikäynti+henkilökohtaiset tavoitteet+asiakaskysely mukaan (palautuskuori ja postimerkki)

Liite 3. Kokoontumisten aiheet

Hyvät aivoverenkiertohäiriön sairastaneiden ryhmään osallistuneet !

Olen **Anna Mäkipää**, fysioterapeuttiopiskelija Lahden ammattikorkeakoulusta.

Teen opinnäytetyönä tutkimusta pilottiryhmästänne, jotta Lahden perusterveydenhuollon laitos fysio- ja toimintaterapia sekä erityisesti Neuron tiimi saa tietoa sen vaikutuksista.

Tulen myöhemmin haastattelemaan Teitä muutamaan otteeseen kokemuksistanne ryhmän aihealueiden puitteissa.

-Puhelinhaastattelu heinäkuussa 2012 viikolla 28.

-Haastattelu kotona lokakuussa 2012 viikoilla 42-43, sovitaan aika tarkemmin puhelimitse!

Yleisiä asioita:

*Yksityisyytenne suojataan tekemällä tutkimus niin, ettei henkilöllisyytenne tule esille opinnäytetyössä.

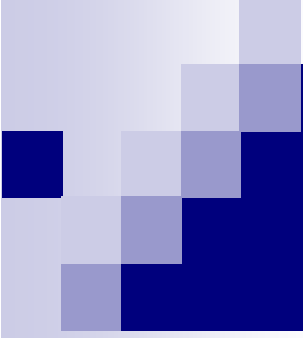
*Opinnäytetyöstä tulee julkinen; sähköinen versio opinnäytetyöpankki Theseukseen sekä kirjallinen versio ammattikorkeakoulukirjastoon. Myös Lahden perusterveydenhuolto/ lääkinällisen kuntoutuksen Neuron tiimi saa oman raporttinsa tutkimuksesta sekä lopullisen työn käyttöönsä.

ISO KIITOS YHTEISTYÖSTÄNNE JO ETUKÄTEEN!

Ystävällisin terveisin :

Anna Mäkipää

Kysymyksiä? **puh: XXX, sähköposti: xxx**



Tukea itsenäiseen arkeen avh-ryhmästä

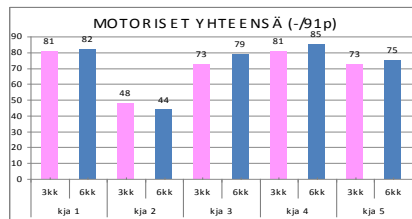
Kokemuksia
aivoverenkiertohäiriön
sairastaneiden ryhmästä ja sen
vaikutuksista toimintakykyyn



Tutkimusmenetelmänä triangulaatio

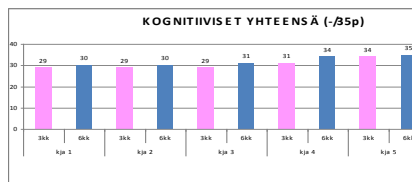
- Kvalitatiiviset menetelmät: puolistrukturoitu haastattelu sekä havainnointi
- 6kk
- toteutus kotikäynnillä
- kokemukset ryhmän toteutuksesta ja hyödyllisyydestä
- Kvantitatiivinen menetelmä: sovellettu FIM
- 3 ja 6 kk
- toteutus puhelimitse
- koettu toimintakyky ja sen muutokset

FIM Motorinen osa-alue



- Keskimäärin motorinen toimintakyky parani 2%
- Vaihteluväli motorisen alueen tuloksissa -4,4 - +6,6%.
- Neljä viidestä koki motorisen toimintakykynsä parantuneen

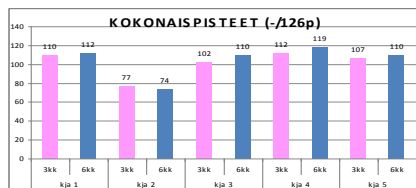
FIM Kognitiivinen osa-alue



- Kognitiivinen toimintakyky parani FIM:in perusteella kaikilla ryhmäläisillä
- keskimäärin +4,6%
- tulosten vaihteluväli oli +2,9 - +8,6%.

FIM kokonaispisteet

- Toimintakyky parani keskimäärin +2,7%
- vaihteluväliksi muodostui -2,4:stä prosentista +6,3:een prosenttia.



NIMI	kja 1		kja 2		kja 3		kja 4		kja 5		
	3kk	6kk	3kk	6kk	3kk	6kk	3kk	6kk	3kk	6kk	
ruokailu	6	6	5	5	6	7	5	6	6	6	
siistittyminen	7	7	6	6	6	7	6	7	6	7	
peseytyminen	6	6	2	2	3	4	6	7	4	2	
pukeutuminen ylävartalo	6	6	2	2	4	6	7	6	6	6	
pukeutuminen alavartalo	6	6	2	2	6	6	7	6	4	6	
wc-toimet	6	6	2	2	6	6	7	7	6	6	
virtsarakon hallinta	7	7	2	2	7	7	7	6	7	5	
peräsuolen hallinta	7	7	6	2	7	6	7	7	7	6	
siirtyminen: sänky, tuoli, p.tuoli	6	6	5	5	6	6	6	7	6	7	
siirtyminen: wc	6	6	6	4	6	6	6	7	6	6	
siirtyminen: amme tai suihku	6	7	3	5	5	6	6	7	5	6	
liikkuminen: kävely/p.tuoli	6	6	6	6	5	6	6	6	6	6	
liikkuminen: portaat	6	6	1	1	6	6	5	6	4	6	
MOTORISET YHTEENSÄ (-/91p)	81	82	48	44	73	79	81	85	73	75	
prosentuaalinen osuus	89,0%	90,1%	52,7%	48,4%	80,2%	86,8%	89,0%	93,4%	80,2%	82,4%	
Muutos %		1,1%		-4,4%		6,6%		4,4%		2,2%	2,0%
KOGNITIIVISET											
ymmärtäminen	6	6	6	7	6	7	6	7	6	7	
ilmaisuu	6	6	6	6	7	7	6	7	7	7	
sosiaalinen vuorovaikutus	6	6	6	6	7	6	6	6	7	7	
ongelman ratkaisu	5	6	5	5	6	6	6	7	7	7	
muisti	6	6	6	6	3	5	7	7	7	7	
KOGNITIIVISET YHTEENSÄ (-/35p)	29	30	29	30	29	31	31	34	34	35	
prosentti osuus	82,9%	85,7%	82,9%	85,7%	82,9%	88,6%	88,6%	97,1%	97,1%	100,0%	
muutos		2,9%		2,9%		5,7%		8,6%		2,9%	4,6%
YHTEISPISTEET (-/126p)	110	112	77	74	102	110	112	119	107	110	
prosentti osuus	87,3%	88,9%	61,1%	58,7%	81,0%	87,3%	88,9%	94,4%	84,9%	87,3%	
muutos		1,6%		-2,4%		6,3%		5,6%		2,4%	2,7%

Haastattelukysymykset

1. Millaiseksi koet terveydentilasi nyt?
2. Millaiseksi olet kokenut tasapainosi viimeisen kuuden kuukauden aikana?
3. Onko kaatumisia tapahtunut, ja jos niin kuinka monta kertaa?
4. Muutitko kotianne turvallisemmaksi ympäristöksi ryhmän jälkeen, ja jos niin miten?
5. Miten liikuntatottumuksesi ovat muuttuneet viimeisen kuuden kuukauden aikana?
6. Millaisia konkreettisia muutoksia koet päivittäisessä toiminnassasi tapahtuneen verratessasi nykyhetkeä ryhmän kokoontumisajankohtaan?
7. Miten koet ryhmässä opittujen taitojen vaikuttaneen arkielämääsi?
8. Kerro mielipiteesi ryhmästä; esim. ilmapiiristä, järjestelyistä ja aihesisällöstä.
9. Kehittämisehdotuksia, toiveita

Koetut vaikutukset arkeen

ICF	osa 1: Toimintakyky ja toimintarajoitteet		osa 2: Kontekstuaaliset tekijät	
Osa-alueet	Ruumiin/kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet	Suoritukset ja osallistuminen	Ympäristö-tekijät	Yksilö-tekijät
		+ itsenäinen asiointi ja asioiden hoitaminen kodin ulkopuolella lisääntyi + uusien liikuntaharrastusten aloittaminen + keittiötaitojen lisääntyminen (mm. leivän teko, juuresten käsittely) + liikkumisen lisääntyminen eri ympäristöissä ja maastoissa	+ uusien ystävyyssuhteiden syntyminen + seuraa ja ohjelmaa - opittuja taitoja ei käytetty kotona puolesta tekemisen takia	+ itsevarmuus + mielialan kohentuminen + tieto pienapuvälineistä lisääntyi + tieto kaatumisesta (ylösnoususta) lisääntyi + tietoisuus omasta tasapainosta lisääntyi - epätasa-arvoisuuden kokeminen liikkumiskyvyn takia ryhmässä



Haastattelun tuloksia

- Terveystila koettiin yleisesti hyväksi
- Tasapaino ennallaan tai parantunut, ei kaatumisia
- Kotiin ei tehty muutoksia kodin turvallisuus-aiheen jälkeen
- Liikuntatottumuksissa muutoksia; osalla vähentynyt tai ennallaan, kahdella liikkuminen eri ympäristöissä lisääntynyt ja kolme aloittanut ohjatun liikuntaharrastuksen
- Järjestelyt kuten kesto, paikka ja ohjaus koettiin toimiviksi
- Mukavat ohjaajat ja muut osallistujat, hyvä ilmapiiri
- Aihealueina tarpeellisiksi ja mielekkäiksi koettiin keittiötoimintojen/ pienapuvälineiden käyttöharjoittelu sekä tasapaino/kaatumisen harjoittelu
- Kehittämisehdotuksia: sama liikuntakyky kaikilla osallistujilla, ryhmän jatkaminen
- Uusia aihepiirejä ei osattu toivoa



Havainnoinnin tuloksia

- Tyytyväisyys kiinnostuksesta heidän jaksamisestaan ja mielipiteistään
- Yksinäisyys, virikkeiden puute
- Kuntoutuksen kokemana toimintakyky arvioitiin paremmaksi kuin ammattilaisen havainnoimana (kognitio vaikuttaa)
- Kognition haasteiden takia haastattelu ja sovellettu FIM aineistonkeruumenetelmänä toimivat tehtynä kasvotusten k. puhelimitse
- Vertaistukihenkilöllä paljon selviytymisstrategioita vrt. muihin-> sairastumisesta kuluneen ajan vaikutus
- Läheisten runsas apu passivoi



Kehitysideoita

- Ryhmän toteutusympäristö elinympäristöön, harrastuksiin tai kulttuurin pariin
- Aiemmin avh:n sairastaneen vertaistukihenkilön mukanaolo tärkeää
- Läheisten osallistaminen ryhmään
- Ryhmään osallistuvien omien tavoitteiden, mielenkiinnon kohteiden ja arjen haasteiden kartoitus etukäteen
- Tehtäväkeskeiset harjoitteet
- Jatkossa vaikuttavuutta tulisi tutkia standardoiduin mittarein (TOIMIA)
- Kotikuntoutukseen panostaminen